

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

10

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Suzanne-Françoise-Elisabeth VEYRES, née MEYNIER

Née le 9 juillet 1905, à Rouen (Seine-Inférieure)

Interne des Hôpitaux de Rouen

Interne suppléante des Asiles de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA SIALORRHÉE
AU COURS
DE DIVERS SYNDROMES MENTAUX

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Suzanne-Françoise-Elisabeth VEYRES, née MEYNIER

Née le 9 juillet 1905, à Rouen (Seine-Inférieure)

Interne des Hôpitaux de Rouen

Interne suppléante des Asiles de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA SIALORRHÉE
AU COURS
DE DIVERS SYNDROMES MENTAUX

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans titre	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
WALLERY-RADOT (Pasteur).			
WÉZARY.			
MM.			
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physiqu
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON MARI

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A M. LE DOCTEUR MIGNOT

Médecin en chef des Asiles de la Seine

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,
et à qui nous devons les bases de notre
formation psychiatrique. Nous le prions
d'accepter cet hommage avec notre recon-
naissance.*

A M. LE DOCTEUR PAYENNEVILLE

Médecin du Service de Dermatologie et de Syphiligraphie
des Hôpitaux de Rouen

*Dans le service de qui nous avons passé
une excellente année d'Internat. Son ensei-
gnement restera pour nous inoubliable.
Qu'il veuille bien accepter l'hommage de
notre profonde reconnaissance et de notre
respectueux attachement.*

A M. LE DOCTEUR LATAPIE

Médecin en chef de l'Asile Saint-Yon

*Qui nous a ouvert toutes grandes les
portes de son service pour que nous puis-
sions prendre toutes les observations qui
pouvaient nous intéresser.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre gra-
titude.*

A M. LE DOCTEUR LE GRAND (*in memoriam*)

A M. LE DOCTEUR TAMBAREAU

A M. LE DOCTEUR CERNÉ

Chirurgiens des Hôpitaux de Rouen

*Dont nous fûmes l'interne. Témoignage
de reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR PETIT

A M. LE DOCTEUR MARTIMOR

A M. LE DOCTEUR RODIET

Médecins en chef des Asiles de la Seine

Respectueux hommages.

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN
PENDANT NOTRE EXTERNAT

M. LE DOCTEUR P. DEROCQUE

Chirurgien des Hôpitaux

(in memoriam)

M. LE DOCTEUR A. DEROCQUE

Chirurgien des Hôpitaux

Son enseignement tant dans ses conférences qu'au lit du malade nous fut infiniment précieux. Qu'il veuille bien trouver ici nos sincères remerciements.

M. LE DOCTEUR SAMSON

M. LE PROFESSEUR DÉVÉ

Médecins des Hôpitaux

Auxquels nous devons une large part de notre formation médicale. Hommages respectueux.

A MM. LES DOCTEURS POTEZ ET FLEURY

Médecins des Hôpitaux

En reconnaissance de l'enseignement qu'ils nous ont fourni au cours de leurs conférences.

A NOS MAÎTRES INTÉRIMAIRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SIALORRHÉE AU COURS DE DIVERS SYNDROMES MENTAUX

Introduction.

On trouve dans les Asiles des aliénés qui présentent des troubles salivaires sur lesquels, d'ailleurs, l'examen clinique s'étend rarement dans les observations publiées. Ce n'est pas étonnant si l'on considère la rareté des communications faites à ce sujet : il n'intéresse pas.

La sialorrhée, qui est l'expression clinique courante de ces phénomènes, nous semble cependant mériter un peu plus d'attention, surtout au moment où les psychiatres recherchent de plus en plus les bases organiques à l'origine des troubles mentaux. Cette hypersécrétion nous paraît en effet liée, dans certains cas, à des lésions du système nerveux central, de localisation variable, qui paraissent être frontales la plupart du temps, mais qui doivent pouvoir être aussi sous-corticales.

Définitions. Généralités.

Le terme de sialorrhée, en lui-même, ne signifie que l'hypersécrétion des glandes salivaires (étymologiquement : flux de salive); il n'exprime pas son rejet hors de la bouche de même que ptyalisme.

Le terme de sialophagie est employé pour exprimer la déglutition de la salive; on a pris l'habitude de désigner par sialorrhée ou par ptyalisme l'hypersécrétion salivaire quand il y a rejet ou écoulement au dehors.

Pour être complet, nous devrions envisager la sialorrhée dans son sens le plus général, que le produit de sécrétion soit évacué à l'extérieur, ou dégluti. Cependant, il est facile de comprendre que la sialophagie ne peut s'étudier facilement, que ce soit en qualité ou en quantité; de plus, elle attire moins l'attention que le rejet par la bouche, quel que soit son mode; aussi, le fond de notre travail sera-t-il constitué surtout par l'étude de la sialorrhée dans le sens restreint que l'usage lui a assigné. C'est d'ailleurs ainsi qu'elle est envisagée dans les différentes publications que nous avons pu réunir.

* * *

Il nous a semblé indispensable, en commençant notre étude, de rappeler quelques notions d'anatomie des glandes salivaires en insistant surtout sur leur innervation; puis nous verrons la physiologie de la sécrétion et la composition de la salive. Nous étudierons ensuite la symptomatologie de la sialorrhée.

Enfin, avant d'aborder, dans une seconde partie, la sialorrhée dans les troubles mentaux, nous en donnerons un

aperçu rapide en médecine générale, de façon à bien éliminer de notre sujet les cas où les aliénés pourraient avoir une sialorrhée due à une affection organique et sans aucun lien avec le syndrome mental. Dans les observations que nous donnerons, nous ne reviendrons pas sur ce diagnostic différentiel, que nous avons cependant fait systématiquement.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Anatomie.

La salive est un mélange des produits de sécrétion de nombreuses glandes ; les unes, de petit volume, sont disséminées sur toute l'étendue de la muqueuse buccale : ce sont les glandes palatines, les glandes labiales, les glandes jugales et les glandes linguales. Les autres sont de grosses glandes, ou glandes salivaires proprement dites ; elles sont disposées symétriquement suivant une courbe concentrique à celle du maxillaire inférieur. Ce sont : la parotide, la sous-maxillaire, la sublinguale. C'est de leur produit de sécrétion qu'est surtout fournie la salive proprement dite ; et ce sont ces trois paires de glandes que nous allons étudier au point de vue anatomique et physiologique.

Nous n'insisterons pas sur la forme, la situation et les rapports des glandes salivaires, ni sur leur vascularisation.

Chacun sait qu'elles sont paires et symétriques, situées : la parotide en arrière de la branche montante du maxillaire supérieur et en avant de l'oreille, la sous-maxillaire dans la région sus-hyoïdienne contre la face interne du maxillaire inférieur, la sublinguale enfin, sur le plancher de la bouche de chaque côté de la symphyse mentonnière.

Chaque glande a son canal excréteur propre qui s'ouvre à l'intérieur de la bouche.

Les trois paires de glandes sont de structure histolo-

gique sensiblement analogue : ce sont des glandes en grappes, comprenant des lobules et des acini.

Les artères sont toutes des branches de la carotide externe. Pour la glande parotide, ce sont les branches propres et l'auriculaire postérieure ; pour la sous-maxillaire, c'est la faciale et la sous-mentale ; enfin, pour la sublinguale, c'est l'artère sublinguale, branche de la linguale.

Innervation.

L'étude de l'innervation nous retiendra au contraire beaucoup plus longtemps, étant donné les lésions névraxiques centrales qui peuvent exister dans les maladies mentales. Nous commencerons par situer les noyaux salivaires dans le bulbe, nous verrons ensuite les nerfs qui leur font suite, enfin nous étudierons les centres ou zones d'excitation corticale.

Noyaux bulbaires. — L'expérimentation a montré que le bulbe exerçait un certain contrôle sur les sécrétions : salivaire, gastrique, pancréatique, lacrymale et sudorifique, en modérant ou en activant les fonctions glandulaires.

Déjà, Claude BERNARD, par ses expériences, avait démontré l'existence dans le bulbe d'un centre salivaire. Par la piqûre du plancher du quatrième ventricule, il observait la sialorrhée associée aux phénomènes diabétiques ; le siège exact était pour lui un peu au-dessus du point dont la piqûre produit la glycosurie et l'albuminurie, au niveau de la partie large du plancher ventriculaire (M. DUVAL).

C'est en effet dans le bulbe que se trouvent les deux noyaux salivaires : le noyau salivaire supérieur, situé à l'intersection des deux triangles inférieur et supérieur du plancher du 4^e ventricule ; le noyau salivaire inférieur, situé un peu plus bas.

Tous deux longent le faisceau solitaire à son bord interne et sont à une petite distance du bord externe du noyau vago-spinal.

Nerfs. — Les glandes salivaires reçoivent deux groupes de fibres nerveuses, les unes parasympathiques, les autres sympathiques. Les premières leur sont données par des nerfs craniens : le glosso-pharyngien, le facial et le trijumeau ; les autres viennent du ganglion cervical supérieur.

Les fibres qui naissent du noyau salivaire supérieur se rendent au ganglion géniculé par le tronc de l'intermédiaire de Wrisberg, puis, au sortir du ganglion, elles se confondent avec celles du facial ; elles suivent la corde du tympan, le nerf lingual et se relaient dans les ganglions sous-maxillaire et sublinguaux pour aboutir aux glandes salivaires correspondantes.

Les fibres qui naissent du noyau salivaire inférieur se mêlent aux fibres du glosso-pharyngien, puis s'en séparent, pour pénétrer dans le nerf de Jacobson, et gagner par le nerf petit pétreux profond le ganglion otique. Là, elles se réunissent avec les fibres postérieures ganglionnaires, qui par les nerfs auriculo-temporal et buccal atteignent la parotide.

Les glandes salivaires présentent encore d'autres branches nerveuses sécrétrices : les uns et les autres reçoivent des filets sympathiques. A leur origine, ceux-ci sont sortis de la moelle par des racines antérieures des 2^e, 3^e, 4^e, 5^e et 6^e paires dorsales et se réunissent dans le ganglion cervical supérieur. La parotide reçoit des filets sympathiques qui lui viennent du plexus de la carotide externe. Pour la sous-maxillaire et la sub-linguale, ils viennent du ganglion cervical supérieur en suivant les artères.

Centres corticaux. — Les recherches sur les centres corticaux salivaires semblent le produit de travaux personnels ; il est assez difficile de systématiser l'évolution des idées à ce sujet. Voici ce qui nous a paru intéressant dans les diverses communications que nous avons trouvées.

Dès 1875, BOCHE-FONTAINE et LÉPINE avaient démontré que la faradisation de l'écorce cérébrale, et en particulier du gyrus sigmoïde, faisait sécréter toutes les glandes salivaires.

Par suite d'expériences successives, ils avaient localisé une région corticale, dont l'excitation provoquait une hyper-sécrétion des glandes salivaires ; elle s'étendait des régions antérieures de l'hémisphère jusqu'au centre du facial de Hitzig inclusivement.

KÜLZ et BRAUN avaient aussi remarqué qu'une excitation portée sur cette région provoquait une contraction des muscles de la face, accompagnée d'une forte sécrétion salivaire.

Plus tard, en 1888, BETCHEREW et MISLAWSKI expérimentèrent sur des chiens curarisés ; ils conclurent qu'un courant extrêmement faible provoquait une sécrétion salivaire quand il était appliqué sur la circonvolution sylvienne, au-dessus et en avant de la scissure de Sylvius : 3^e circonvolution frontale ; cette sécrétion étant plus abondante du côté correspondant à l'excitation que du côté opposé.

Or, contrairement à ce que pouvait penser ECKHARDT (1889), l'excitation électrique qui provoquait ce flux salivaire n'a jamais déterminé aucun mouvement de l'animal, même en employant des courants beaucoup plus intenses.

ESQUIROL et FODÉRÉ avaient remarqué la salivation abondante dans certaines affections mentales et nerveuses.

Les expériences de BACCHI, BOCHE-FONTAINE et LÉPINE sur l'existence de centres de sécrétion salivaire dans le cerveau, ou du moins de centres influençant cette sécrétion, ont de bonne heure convaincu TAMBURINI (1875) que la sialorrhée de certains aliénés résultait de l'irritation cérébrale des lobes frontaux.

« Le fait, dit-il, que l'irritation de certains points de
« l'écorce cérébrale produit une augmentation de la secrés
« tion salivaire explique pleinement le ptyalisme dan-
« certains cas d'aliénation mentale ; le travail morbide qui
« envahit les cellules corticales, organes de la pensée, doit
« léser celles dont l'irritation influe sur la sécrétion sali-
« vaire. »

Andréa CHRISTIANI, en 1894, constate que la salive des aliénés sialorrhéiques est une « salive sympathique » et non une « salive cérébrale ». Il en conclut que les maladies

mentales réalisent certaines conditions d'excitation ou de surexcitabilité de l'écorce cérébrale, ce qui dans les expériences détermine l'hypersécrétion salivaire.

VON KORANYI et FÉRÉ, en 1893, étudiant la sécrétion salivaire d'épileptiques atteints d'épilepsie partielle, en concluent qu'il doit « très vraisemblablement » exister chez l'homme un territoire circonscrit de l'écorce cérébrale en rapport avec cette fonction.

SOURY, en 1899, opposant à ces faits les cas d'inhibition ou d'arrêt de ces mêmes sécrétions, conclut que l'hyperexcitation fonctionnelle des glandes salivaires est due à des lésions irritatives des centres de l'écorce cérébrale.

Enfin, BATTEZ nous dit : « L'excitation de la zone motrice « du cerveau produit la sécrétion, le cortex se comportant « comme une surface sensible. »

CHAPITRE II

Physiologie.

Excitations nerveuses. — Pendant longtemps on a cru à la seule pression sanguine amenant mécaniquement la transsudation au travers des parois glandulaires de divers éléments du sang qui auraient formé la salive.

MITSCHERLICH fit intervenir l'influence du système nerveux, mais dans l'excrétion seulement.

C'est à LUDWIG que revient l'honneur d'avoir montré le rôle du système nerveux dans la sécrétion.

En 1851, après avoir lié les carotides d'un chien il déterminait la salivation par des excitations diverses de la muqueuse linguale ; il arriva au même résultat après la décapitation de l'animal. Il montra de plus qu'après section, l'excitation du bout inférieur du lingual ou de son filet glandulaire provoquait la sécrétion de la glande sous-maxillaire.

La même année (1851), SCHIFF, sectionnant la corde dans la caisse du tympan, vit que la sécrétion, d'abord un peu exagérée, s'arrêtait complètement, alors même que l'on excitait la muqueuse de la langue au moyen de substances diverses.

Claude BERNARD répéta cette expérience et la vérifia ; il vit de plus que l'excitation du lingual, au-dessous de l'accolement de la corde du tympan, provoquait la sécrétion de la glande. C'est depuis ces expériences qu'on a admis que les filets nerveux excito-sécréteurs de la glande sous-maxillaire s'accroient pendant quelque temps au lingual ; ils s'en séparent ensuite pour constituer le filet glandulaire de la

sous-maxillaire auquel est annexé un ou deux renflements ganglionnaires.

CZERMAK étudia l'action du grand sympathique : l'électrisation du ganglion cervical supérieur, ou encore du rameau allant à la glande, arrêta cette sécrétion, alors même que celle-ci avait été préalablement exagérée par l'excitation du lingual.

ECKHARDT et ADRIAN, répétant l'expérience, virent seulement une modification de la salive, qui était alors peu abondante, trouble, visqueuse et opalescente (salive sympathique ou paralytique).

En 1858, Claude BERNAED, dans une expérience mémorable, montre qu'outre l'hypersécrétion, l'électrisation du lingual au-dessus de la corde produisait une suractivité de la glande se traduisant par la dilatation et les battements saccadés des capillaires, des caractères du sang qui d'apparence veineuse revêtait des caractères artériels. L'existence des nerfs vaso-dilatateurs était ainsi démontrée.

Les trois glandes sont soumises à des influences nerveuses de deux sortes : l'une excito-sécrétoire, parasympathique, qui est le nerf auriculo-temporal pour la parotide, la corde du tympan pour la sous-maxillaire et la sub-linguale ; l'autre modératrice, sympathique et antagoniste de la précédente, qui vient à toutes les glandes du nerf sympathique.

Excitations sensibles et psychiques. — Normalement les glandes salivaires se mettent à sécréter sous l'influence d'excitations sensibles diverses ; celles-ci vont agir sur les centres des nerfs sécréteurs et en provoquer le fonctionnement.

Au premier rang se placent les excitations d'origine buccale, celles des terminaisons des nerfs du goût (glosso-pharyngien et lingual) par les substances sapides qui paraissent provoquer la sécrétion sous-maxillaire et celles des terminaisons sensibles de la muqueuse buccale et des dents (nerf dentaire inférieur, nerf buccal, nerf dentaire supérieur) par des irritants mécaniques, tels que les mouvements des

corps étrangers dans la bouche, les mouvements des mâchoires, qui paraissent déterminer spécialement la sécrétion parotidienne.

Les excitations de l'odorat, l'odeur des aliments amène aussi la sécrétion salivaire. Il en est de même de diverses impressions visuelles : la vue d'un plat appétissant détermine la sécrétion ; c'est d'ailleurs une observation vulgaire que la vue ou seulement la représentation mentale, le souvenir d'un mets agréable, font « venir l'eau à la bouche » ; et de façon opposée le dégoût physique et même moral amène une sécrétion plus importante de salive ; selon l'expression populaire « on crache de dégoût ».

Il y a donc une sécrétion salivaire d'origine cérébrale, les excitations olfactives ou visuelles parviennent en effet à l'écorce cérébrale, et de là sont transmises aux centres nerveux sécréteurs (centres bulbaires).

C'est d'ailleurs l'étude de ces excitations qui a conduit PAVLOV à la conception des réflexes conditionnels : une excitation qui provoque naturellement un réflexe normal a été associée à une excitation sensorielle ; par habitude, la seconde excitation suffit à déterminer la réaction, la première, l'excitation normale étant supprimée.

Des auteurs italiens, BRUNACCI et DE SANCTIS, ont étudié pour les sécrétions digestives un mécanisme d'inhibition psychique : la lecture influe manifestement sur la sécrétion salivaire provoquée par l'acide acétique, et elle modifie légèrement la composition de la salive. Cette étude est intéressante ; PAVLOV avait décrit les mécanismes psychiques de l'activation salivaire, ici ce sont ceux de l'inhibition salivaire. Ces données peuvent ouvrir des horizons sur l'étiologie de la sialorrhée chez les aliénés.

A côté de ces excitations, dont le rôle est absolument prépondérant dans la vie normale, il en est d'autres que révèle l'expérimentation ; l'excitation du bout central du nerf sciatique, et probablement aussi d'autres nerfs sensibles, provoque la sécrétion salivaire. L'excitation du sympathique abdominal donne le même résultat.

L'excitation mécanique (par l'introduction d'un corps

étranger) du segment inférieur de l'œsophage provoque un flux de salive ; la section des deux pneumogastriques supprime ce réflexe œsophago-salivaire.

De même, si un corps étranger un peu volumineux, un bol alimentaire par exemple, est arrêté dans l'œsophage, on voit intervenir la sécrétion salivaire ; le réflexe œsophago-salivaire se produit suivant la voie des pneumogastriques, et la salive est sécrétée en grande abondance, celle-ci excite le pharynx et provoque des mouvements de déglutition qui se propagent sous forme d'ondes à toute l'étendue de l'œsophage.

Ainsi, ce ne sont pas seulement les excitations de la muqueuse buccale qui provoquent des réflexes salivaires, mais aussi les excitations d'autres muqueuses : nasale, œsophagienne ; il en est d'autres qui ont leur point de départ dans l'estomac, le vomissement est précédé et accompagné généralement d'une salivation abondante.

Les affections stomacales, l'hyperchlorhydrie en particulier, peuvent provoquer une hypersécrétion salivaire. Les malades atteints de ces troubles sont des vagotoniques, et c'est l'excès de sécrétion acide de l'estomac qui provoque chez eux, par action réflexe, une sécrétion salivaire souvent fort abondante.

Certains produits chimiques peuvent produire une salivation abondante, on a pu constater chez les syphilitiques en traitement par du mercure ou du bismuth une sialorrhée intense, pouvant même obliger à arrêter le traitement (SOUQUES et TERRIS).

La pilocarpine, surtout en injection intra-musculaire, produit une sécrétion abondante et claire avec vaso-dilatation de la glande.

Le butyrate de calcium a une action très différente des produits précédents ; il a pu être expérimenté chez le chien en injection intra-veineuse et a provoqué une salivation abondante au bout de 2 à 3 minutes. L'expérience a été positive dans 55 pour 60 des cas (Louis MOREL). La salive, légèrement alcaline, contenait de la mucine et se montrait

inactive sur l'amidon ; il s'agissait d'après les constatations faites de salive sous-maxillaire.

Des recherches ont montré qu'il ne fallait mettre en cause ni une action sur l'épithélium glandulaire ou sur les vaso-moteurs, ni songer à un processus d'excitation asphyxique des centres salivaires, phénomène agonique ; mais que la sécrétion était réellement due à une action directe sur les centres nerveux, action qu'arrêterait la morphine, le chloroforme, tandis que le curare injecté après le butyrate de chaux n'avait aucun pouvoir empêchant (E. GELMA).

Il y a donc là un exemple d'agent spécifique sur les centres nerveux de la sécrétion salivaire, plus particulièrement de la sécrétion sous-maxillaire.

La salivation peut être provoquée par une action inter-centrale : nausées accompagnées de salivation, les excitations du centre du vomissement se propageant aux centres de salivation.

L'influence du cerveau sur la sécrétion salivaire se manifeste aussi d'une autre façon, en sens inverse pour ainsi dire : il est, en effet, des excitations cérébrales qui suspendent cette sécrétion comme il en est qui l'exagèrent : les émotions vives ont cet effet, qui se traduit par une extrême sécheresse de la bouche et parfois une impossibilité à peu près complète de parler.

Caractères physico-chimiques.

La salive est un liquide complexe, sécrété par les différentes glandes salivaires. Chaque glande sécrète une salive un peu spéciale, mais la réunion de ces trois sécrétions constitue la salive mixte proprement dite.

La salive parotidienne présente un aspect très fluide : c'est un liquide aqueux, sans mucine, qui coagule par la chaleur, elle contient de l'albumine et elle est très riche en amylase.

La salive sous-maxillaire contient de la mucine, c'est un liquide opalescent, alcalin, visqueux et filant.

La salive sub-linguale, plus riche encore en mucine, est visqueuse et gluante; elle s'écoule difficilement.

Chez l'adulte la quantité normale de salive sécrétée en 24 heures est assez difficile à apprécier. Si TANQUEREL DES PLANCHES l'estime à 390 grammes, BIDDER et SCHMIDT au contraire l'estiment à 1.500 et 2.000 grammes; elle varie beaucoup en effet suivant les influences qui agissent sur la sécrétion; tandis qu'à l'état de repos la quantité de salive sécrétée est faible, celle-ci s'exagère au contraire par une influence psychique : idée, vue, odeur des aliments; par une influence mécanique ou chimique d'origine buccale : mastication; d'origine œsophagienne ou d'origine gastrique.

Dans ces différents cas, la glande passe brusquement à l'état d'activité et la sécrétion devient très importante. Mais ces flux salivaires normaux ont pour caractère d'être intermittents; dans les cas pathologiques, au contraire, l'exagération de la sécrétion salivaire est permanente ou continue avec paroxysmes.

La salive mixte est un liquide inodore, insipide, incolore ou un peu opalescent, spumeux et filant. Par le repos, elle se sépare en trois couches : la mousse surnage, au-dessous se trouve la salive proprement dite, au fond se déposent des cellules épithéliales et des corpuscules microscopiques : débris cellulaires, leucocytes, cristaux de carbonate de chaux, microbes.

La réaction légèrement alcaline, parfois est acide par fermentation de particules alimentaires séjournant entre les dents.

La densité oscille suivant les auteurs, entre 1002 et 1008. Pour 1000, la salive contient 5 à 6 grammes de matières solides; on y trouve des sels : chlorures de sodium, de potassium, des traces de sulfate de potassium, des phosphates de fer et alcalino-terreux, des bicarbonates alcalins et un peu de sulfo-cyanate de potassium; elle contient encore de la mucine, de l'albumine, quelques gaz et des ferments, dont le plus important est la ptyaline ou amylase, qui, s'attaque aux féculents.

La salive normale ne contient pas de microbes ; dans les oreillons, l'encéphalite épidémique, la rage, la salive contient le virus spécifique de l'affection.

Par la salive s'éliminent certains médicaments, notamment le chlore, le brome, l'iode et leurs sels, le plomb.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Nous allons maintenant décrire le sialorrhéique : il est très rare que, chez un même malade, tous les signes soient, réunis ; beaucoup plus fréquemment, au contraire, il n'y a que quelques petits troubles accompagnant la sialorrhée.

Un malade dont la sécrétion est augmentée éprouve la sensation qu'il a la bouche constamment pleine de salive, il se trouve obligé de déglutir fréquemment et ceci peut lui occasionner tout d'abord de la fatigue, puis une véritable douleur, et il en est réduit à ne plus avaler sa salive qu'il laisse couler au dehors.

D'autres peuvent pendant un certain temps s'en débarrasser par des expositions ou des sputations fréquentes, mais si l'hypersécrétion s'accuse, la fatigue peut survenir également, et le malade arrive au même résultat, qui est de laisser couler de sa bouche entr'ouverte cet excédent de salive.

Parfois ce mode d'élimination est celui que l'on observe en premier lieu, lorsque l'hypersécrétion est immédiatement très abondante, ou que la salive présente une viscosité toute particulière « qui ne permet pas les mouvements de déglutition » (thèse de Jules ANDRÉ).

Dans les cas intenses, elle remplit rapidement plusieurs vases, et on peut en recueillir plusieurs litres par 24 heures.

L'aspect des malades est alors bien caractéristique ; CARNOT l'a remarquablement décrit : « les sialorrhéiques portent « toujours avec eux un récipient dans lequel ils crachent

« sans cesse, des mouchoirs dont ils se tamponnent constamment la bouche, des serviettes nouées autour du cou sur lesquelles ils bavent perpétuellement. La bouche est entr'ouverte, les lèvres pendantes, desquelles la salive coule sans interruption ; la parole est gênée, comme mouillée, la salive coule constamment le long des joues et du menton, surtout la nuit, et provoque au bout d'un certain temps un érythème analogue à celui que produit l'écoulement de sérosités nasales dans le coryza. Pendant la nuit, la sialorrhée se supprime chez certains malades, chez d'autres elle s'exagère, du fait surtout de la non-déglutition ; parfois il y a insomnie par suite du besoin incessant de cracher : la salive, qui s'accumule dans la bouche pendant le sommeil, pénétrant dans les voies aériennes et déterminant de la toux et de la suffocation. »

Le ptyalisme peut être continu, c'est ce qui s'observe dans un grand nombre de cas ; dans d'autres cas, au contraire, il est intermittent. Il survient alors par accès durant de quelques minutes à plusieurs heures.

Les accès peuvent survenir plusieurs fois par jour, se répéter plusieurs jours, plusieurs semaines de suite ou ne se produire que par intermittences éloignées. Parfois la sialorrhée continue, peut présenter des paroxysmes intermittents, pendant lesquels la salive sécrétée peut atteindre 300 ou 400 grammes, les accès durant de quelques minutes à plusieurs heures.

La quantité de salive rendue peut être extrêmement considérable, de 2 à 4 litres par jour et même davantage.

La façon de cracher est très différente suivant les malades ; les uns crachent au loin à mesure qu'ils sécrètent ; d'autres conservent leur salive dans la bouche, et le plus souvent, au moment où ils veulent parler, ils laissent échapper une énorme flaque filante, visqueuse, nauséabonde, trouble et grisâtre.

D'autres ont recours à des mouchoirs ou même à des serviettes, avec lesquels ils ramassent sur leurs lèvres la salive prête à s'écouler.

D'autres, enfin, transportent avec eux ou ont suspendu à

portée de leur bouche le récipient dans lequel ils laissent couler leur salive en filets ininterrompus.

L'aspect de la salive est tantôt clair et limpide comme à l'état normal, tantôt visqueux comme du blanc d'œuf, parfois trouble, louche, opalescent ou mousseux.

Il est à remarquer que les sialorrhéiques ne présentent aucune hypertrophie des glandes salivaires : DEMAY, BEAUDOIN et CRAFFE ont observé des aliénés présentant une augmentation de volume des glandes, aucun d'eux n'avait de troubles quantitatifs de la sécrétion.

Il est possible de rencontrer, concurremment à la sialorrhée, des symptômes très variables : notons en premier lieu les douleurs névralgiques sur le trajet des branches du trijumeau, surtout des branches maxillaires supérieure et inférieure ; elles sont en général unilatérales. Moins fréquemment, on peut observer des douleurs analogues sur le trajet de la branche ophtalmique de WILLIS ; dans ce cas, le larmolement et l'hypersécrétion nasale coïncident avec la sialorrhée.

TANQUEREL DES PLANCHES signale chez un de ses malades « un frémissement ondulatoire » qui suivait exactement le canal de Sténon, cette sensation coïncidait toujours avec l'arrivée de salive en grande quantité dans la bouche.

On peut constater des troubles gustatifs : les malades accusent le plus souvent des sensations désagréables de comparaisons variées : goût sucré, salé, de fadeur extrême, de pourriture, de strychnine ou de poison quelconque.

Des troubles de l'odorat sont parfois associés aux troubles du goût : odeurs fétides de gangrène, de pourriture, de soufre.

Ces troubles olfactifs et gustatifs sont peut-être dus à l'hypersécrétion salivaire simple : la salive pour ces malades devient extrêmement désagréable et ils en comparent le goût ou l'odeur à ce qui les dégoûte le plus.

Il semble moins vraisemblable que l'hallucination gustative ou olfactive soit la première en date, et provoque comme réflexe de dégoût une hypersécrétion salivaire.

Enfin, on trouve parfois, associée à ces troubles, une certaine diminution de l'ouïe.

En même temps que l'hypersecretion salivaire, on peut trouver d'autres hypersecretions : ophthalmique, nasale, qui sont soit unilatérales, soit bilatérales ; parfois aussi on peut avoir de l'hypersecretion pharyngée.

Les autres sécrétions sont en général diminuées, cela s'explique quand on songe à la spoliation considérable de liquide par les glandes salivaires : les urines sont peu abondantes, hautes en couleur ; la sécrétion sudorale est diminuée, parfois même abolie. Pourtant, chez les déments précoces, comme nous le verrons plus loin, on a pu signaler l'association : hyperhydrose et sialorrhée (ANTHEAUME et MIGNOT).

La diminution de la sécrétion gastrique, pancréatique et intestinale se traduit par des phénomènes dyspeptiques : lenteur de la digestion, état saburral, éructations, pyrosis et constipation.

L'abondance et la répétition de ces phénomènes d'hypersecretion jointes à la perte de liquide et à la dyspepsie qui en relèvent, finissent par nuire à la nutrition, et peuvent amener de l'amaigrissement. Souvent s'y associe un état d'hypocondrie et de marasme qui, avec l'insomnie, conduisent le malade à un dépérissement général. WRIGHT qui s'était soumis à une salivation prolongée perdit jusqu'à 11 livres en une semaine. Nos malades dont nous présenterons les observations sont presque tous maigres.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous venons de voir le sialorrhéique, il nous paraît intéressant maintenant d'étudier l'état des glandes salivaires dans la sialorrhée. Les histologistes LANDOWSKI, HEIDENHEIM, RANVIER et LANGLEY avaient montré les modifications produites par l'excitation physiologique ; d'une façon générale ils ont trouvé des glandes plus pâles, plus molles et plus légères qu'à l'état normal. Les cellules glandulaires

ont leurs contours troubles, leurs noyaux sont gonflés et la lumière des acini est élargie.

Le premier examen histologique des glandes salivaires dans les sialorrhées pathologiques revient à KLIPPEL et LEFAS. Ils purent faire l'autopsie d'un tabétique « des plus nets au point de vue clinique et anatomique » qui, quinze ans après le début de sa maladie, eut des troubles bulbaires : modifications de l'odorat et du goût, accompagnées d'une salivation énorme et constante. Le malade succomba avec des troubles de déglutition liés à une paralysie du voile du palais.

Nous résumerons le compte rendu de l'examen histologique :

« Les glandes salivaires sont beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal.

« Sur les coupes, les canaux excréteurs de la glande parotide sont encombrés de cellules qui, pour la plupart, sont des leucocytes. D'une façon générale les canaux excréteurs sont d'autant plus malades qu'ils sont d'un calibre plus considérable.

« Il existe une congestion énorme occupant les grands et les petits vaisseaux ; les cloisons qui séparent les lobules sont épaissies.

« A un fort grossissement on constate dans les points les plus colorés de la préparation, un envahissement à la fois des cloisons et des acini par de nombreux lymphocytes rassemblés sous forme de foyers inflammatoires.

« Les cellules salivaires sont augmentées de nombre, et plus petites que normalement. Ces cellules sont très riches en noyaux, avec souvent des limites peu visibles, fusionnées et granuleuses.

« Dans la glande sous-maxillaire on ne trouve pas les lésions signalées dans la parotide : on remarque une grande irrégularité dans l'activité des différents acini. Les cloisons ne sont pas épaissies mais dans les points avoisinant les conduits excréteurs, il y a épaississement.

« En outre, on trouve, disséminés dans la préparation, quelques acini présentant une netteté tout à fait exceptionnelle, remplis de cellules claires et à peine granuleuses ; ces cellules sont très grandes et fusionnées.

« Il n'y a ni leucocytose, ni congestion.

En somme la glande parotide est infectée : nodules inflammatoires dans les tissus, inflammation catarrhale diffuse des canaux excréteurs.

« La glande sous-maxillaire est presque normale. »

Serait-ce une congestion précédant l'hyperfonctionnement ou une infection secondaire due aux microbes buccaux ?

Il ne nous a pas été possible de retrouver d'autres examens histologiques de glandes salivaires chez les sialorhétiques atteints de troubles nerveux.

CHAPITRE IV

La sialorrhée en médecine générale.

Chez les malades de médecine générale, on peut aussi trouver des cas de sialorrhée dans certaines affections ; nous allons les énumérer tout de suite brièvement, de façon à les éliminer et à ne pas faire entrer dans notre sujet des cas où des aliénés pourraient présenter ces troubles.

En général, cette hypersécrétion salivaire n'est que passagère, causée par une affection bien caractérisée et reconnue comme ayant une action soit directe, sur la déglutition ou sur les glandes salivaires, soit sur les sécrétions générales ; telles sont : les angines, le cancer de la langue, l'urémie, les maladies générales à leur période critique.

Dans d'autres cas, l'hypersécrétion est plus prolongée, nous verrons les deux cas spéciaux de sialorrhée hyperchlorhydro-aérophagique et de ptyalisme gravidique, qui pour certains auteurs auraient un certain lien de parenté avec de petits syndromes mentaux.

Dans les infections de la bouche et du cavum, dans les stomatites, la salivation est la règle, le liquide rendu est souvent d'une fétidité très accusée et parfois mélangé de pus ou de sang. Dans les angines, on trouve des malades bavant qui conservent constamment le mouchoir à la bouche, mais n'est-ce pas dans ce cas beaucoup plutôt une impossibilité d'avaler la salive plutôt qu'une hypersécrétion franche ?

Dans le cancer de la langue, il y a aussi sialorrhée, même avant que le processus néoplasique n'ait troublé la motricité de l'organe ; souvent, avec l'hypersécrétion, il y a

otalgie, ce qui montre bien l'irritation de la corde du tympan qui va innerver la sous-maxillaire et la sub-linguale.

La sialorrhée urémique est l'hypersécrétion pathologique des glandes salivaires, qui se produit sous l'influence de l'auto-intoxication urémique. La salive, dans ce cas, sert à l'organisme à se débarrasser de son supplément d'urée et son hypersécrétion, pour MONTIER, est parfois le seul symptôme de l'urémie.

BESNARD, dans sa thèse parue en 1910, nous cite quelques cas de sialorrhée, apparaissant soit au début, soit à la période critique des maladies générales; cette sialorrhée est passagère, sans lendemain, et elle disparaît comme elle est venue, sans laisser de traces. On la rencontre dans la variole, la fièvre typhoïde, la fièvre quarte, la dysenterie, la pneumonie

Il nous reste à étudier la sialorrhée hyperchlorhydrique et le ptyalisme gravidique.

Dans l'hyperchlorhydrie, l'hypersécrétion salivaire a une action physiologique : celle de neutraliser l'acidité gastrique.

Certains auteurs, HAYEM en particulier, ont voulu assimiler les malades atteints d'aérophagie aux sialorrhéiques : « Normalement nous déglutissons de l'air avec les aliments, la « boisson, et en dehors des repas, en avalant la salive. « Lorsque cette déglutition de l'air devient très forte, « l'aérophagie apparaît : cette déglutition exagérée de l'air « vient de ce que, dans l'aérophagie simple, les malades « sont atteints de ptyalisme, leur salive est sécrétée incessamment, la bouche est à chaque instant remplie de salive « qui est inconsciemment déglutie. La preuve en est que, « si l'on prie ces malades de faire des efforts pour ne pas « déglutir, leur bouche s'emplit de salive, au bout de quelques instants ils se trouvent dans l'obligation de cracher. « On conçoit donc que l'aérophagie simple mérite le nom « de sialophagie. »

Certains auteurs considèrent l'aérophagie comme ne survenant la plupart du temps que chez des femmes « petites nerveuses ».

A. MATHIEU a constaté de la sialorrhée chez les dyspep-

tiques, il la déclare « d'origine névropathique et hystérique et susceptible d'être améliorée par suggestion ». Ces affections gastriques entreraient un peu dans le sujet de notre thèse.

Enfin, on peut trouver de la sialorrhée dans la grossesse, c'est ce qu'on appelle couramment le ptyalisme gravidique.

Le ptyalisme gravidique accompagne le plus souvent les vomissements du début de la grossesse dont ils ne constituent en général qu'un phénomène secondaire et accessoire. Le ptyalisme gravidique sérieux, c'est-à-dire celui où l'évacuation salivaire atteint ou dépasse 1 litre par 24 heures, est un phénomène relativement rare ; d'autre part, il est accompagné de vomissements dits incoercibles où il n'est pas possible de distinguer dans l'ensemble du tableau clinique la part qui revient à l'un ou à l'autre de ces facteurs (COUTURAT).

SNOECK admet qu'il y a une modification fonctionnelle et probablement organique à la base de ce syndrome.

BATTEZ admet qu'il s'agit d'une hyperactivité du splanchnique.

SEITZ d'hypervagotonie.

VAUDESCAL parle d'auto-intoxication gravidique, très probablement influencée par l'état névropathique des malades.

Selon cette dernière interprétation, ces malades relèveraient du sujet de notre étude ; nous ne nous y attarderons cependant pas, car les troubles mentaux ne dominent pas dans ces tableaux cliniques ; d'ailleurs ce n'est pas cette catégorie de psychopathes que nous avons en vue.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

Maladies dans lesquelles la sialorrhée est un symptôme important.

Ainsi munis de ces quelques notions générales que nous venons d'exposer, nous pouvons entreprendre avec plus de fruit l'étude de la sialorrhée dans différents syndromes mentaux.

Il nous paraît intéressant de commencer par réunir les diverses hypothèses qui ont été faites par les neurologues sur la cause de l'hypersécrétion salivaire dans : la maladie de Parkinson, la paralysie labio-glosso-laryngée et la paralysie pseudo-bulbaire, parce que les lésions histologiques y sont relativement bien connues et permettent par leur localisation d'approcher de plus près, nous semble-t-il, la solution du problème physio-pathologique que nous nous sommes posé. Nous aurons ainsi quelques notions qui nous seront utiles par la suite.

Remarquons d'ailleurs que ces trois affections comportent un syndrome mental assez stable et constant pour chacune d'elles :

- pour la maladie de Parkinson : lenteur d'idéation, viscosité mentale, lenteur des réactions psycho-motrices, affaiblissement du jugement, de l'attention, de l'ima-

- gination ; irritabilité, dépression mélancolique, méfiance, troubles du caractère ;
- pour la paralysie labio-glosso-laryngée et la paralysie pseudo-bulbaire : par de la dymnésie, de l'affaiblissement des facultés mentales, morales et affectives, et de l'émotivité excessive.

MALADIE DE PARKINSON

La sialorrhée se trouve très fréquemment dans la maladie de Parkinson ; elle s'y installe progressivement comme d'ailleurs les autres signes de l'affection.

Déjà, on avait trouvé la sialorrhée dans l'encéphalite épidémique, tout à fait accessoirement d'ailleurs, mais ne faisant que rarement défaut. Dans le traité de Roger WIDAL et TEISSIER, MAY écrit : « Elle n'est pas nécessairement liée « à une altération des glandes salivaires, elle traduit plus « souvent l'existence d'un trouble fonctionnel d'origine nerveuse. »

Ce n'est pas toujours à l'épisode aigu de la maladie, mais le plus souvent dans la phase qu'on pourrait appeler chronique, que s'installe cette sialorrhée. Elle apparaît parfois avant l'apparition du syndrome parkinsonien.

GELMA l'a bien décrite et nous rapportons ce qu'il en a dit :

« Quand la salivation s'installe, elle persiste des semaines, des mois.

« Au cours du sommeil le malade conserve la bouche ouverte et une bave coule lentement sur l'oreiller, s'y accumule, et laisse sur le linge de larges taches.

« Au réveil, la salivation devient plus intense, notamment à l'occasion des émotions, lors de la présence du médecin ou des infirmiers.

« Elle s'accroît surtout pendant les repas, et c'est à ce moment que l'on peut constater à l'occasion des efforts maladroits du malade pour porter ses aliments à sa bouche, un véritable écoulement de salive filante, muqueuse, qui souille la serviette et les aliments.

« Quelquefois il y a un tel hyperperfectionnement des glandes salivaires

qu'il est nécessaire de nouer une serviette autour du cou du malade, serviette bientôt trempée qu'il devient indispensable de changer plusieurs fois. Cette complication s'accompagne parfois de coryza chronique.

« L'interprétation physio-pathologique de ce symptôme peut se faire à la lumière des recherches récentes sur l'action des centres nerveux supérieurs sur la salivation.

« On peut admettre l'hypersalivation, comme un effet de l'excitation automatique des noyaux sous-corticaux, les centres corticaux étant sidérés par le virus encéphalitique. Il se passerait ainsi dans l'encéphalite, ce qui s'observe parfois au début du sommeil normal, au moment où l'écorce cérébrale cesse son action frénatrice sur les autres centres, la salivation acquiert une plus grande intensité ; ce phénomène est signalé souvent pour les psycho-névropathes, les constitutionnels émotifs.

« Une autre hypothèse est celle de l'action directe de l'agent infectieux de la maladie sur les centres intéressants les fonctions motrices pures ; et alors il s'ensuit ce phénomène spasmodique ou paralytique suivant le cas, dont les myoclonies sont l'expression clinique la plus souvent signalée.

« Enfin, il y a imprégnation des centres mésocéphaliques de la sécrétion salivaire au niveau des origines des filets du facial, de la corde du tympan, d'où la sialorrhée combinée ou non à la paralysie faciale, c'est-à-dire à l'atteinte plus ou moins profonde des fibres d'origine du facial purement moteur. »

De même, dans les états parkinsoniens proprement dits, on trouve une hypersécrétion salivaire, mais qui cette fois est constante : elle contribue à caractériser le tableau clinique présenté par les malades : « Les troubles vaso-moteurs les plus divers peuvent se rencontrer, nous dit MAY ; « aux mêmes groupes de faits appartient la sialorrhée qui « atteint même une intensité extrême. »

Il est à remarquer que dans le syndrome parkinsonien les malades présentent :

- 1° Du tremblement des lèvres, du menton et de la langue ;
- 2° Que malgré ces tremblements, ces organes sont rigides, de même les muscles du pharynx ; que les mouve-

ments automatiques de déglutition sont plus ou moins abolis ;

3° Qu'enfin l'attitude du malade en légère flexion empêche la salive de descendre à la partie postérieure de la bouche pour y stimuler le réflexe de déglutition.

Tout ceci peut aider à comprendre pourquoi les malades perdent leur salive, mais n'explique pas l'augmentation de la sécrétion salivaire.

Nous avons recherché les avis exprimés dans diverses publications faites à ce sujet :

ENLENBURG, pour la première fois, l'a signalée en 1898 mais n'y a pas insisté.

CATOLA, en 1905, a étudié dans le service de Pierre MARIE, 13 parkinsoniens dont 9 présentaient une sialorrhée plus ou moins considérable ; 8 avaient un tremblement plus ou moins accentué des lèvres, du menton et de la langue, un n'avait pas de tremblement de ces organes, un autre avait ce tremblement sans sialorrhée.

Chez 7 des malades sialorrhéiques, les mouvements des muscles de la bouche et surtout ceux de la langue n'étaient pas aussi libres et aussi souples qu'à l'état normal.

Chez 4 malades la sialorrhée ne se manifestait que lorsqu'ils étaient debout ou assis, elle disparaissait en position couchée et dans deux cas, en même temps que la sialorrhée, disparaissait le tremblement de la langue.

L'auteur conclut : « Il est curieux de rencontrer la sialorrhée sans d'autres phénomènes bulbaires légitimes, « donc je ne peux me ranger à la théorie d'OPPENHEIM et « BRÜN qui admettent que la sialorrhée est un phénomène « bulbaire ; et je pense au contraire, qu'elle est d'origine « mécanique. »

Quelques années plus tard, en 1909, GRAMEGNA étudie la sialorrhée chez 7 parkinsoniens et il croit pouvoir affirmer qu'il ne s'agit pas d'une conséquence mécanique : « la sialorrhée est un des éléments d'une sorte de diathèse hyper-sécrétoire dont l'hyperhidrose est le signe le plus commun, « mais qui s'accompagne quelquefois de sialorrhée, d'épi-

« phora, de polyurie, d'hypersécrétion gastro-intestinale et
« nasale, et même de suractivité des glandes à sécrétion
« interne ».

GRAMEGNA admet donc avec OPPENHEIM une lésion anatomique des centres bulbaires.

En 1921, SOUQUES signale la fréquence des troubles vasomoteurs dans la paralysie agitante : « La salivation relève-
« rait d'une hypersécrétion salivaire et d'une gêne méca-
« nique de la déglutition ; ces deux causes sont vraies, elles
« ne s'excluent pas l'une l'autre. Il est clair que la flexion
« de la tête, la rigidité des lèvres, de la langue, du pharynx
« entravent notablement la déglutition de la salive ; mais
« il y a des cas où il semble bien qu'il s'agisse d'hypersécré-
« tion. »

Enfin plus récemment, en 1925, KLIPPEL et LHERMITTE nous signalent que les troubles sécrétoires font partie des troubles secondaires de la paralysie agitante. Ce sont des bouffées de chaleur avec sueurs profuses, de l'exagération de la sécrétion salivaire avec sialorrhée et de l'hypercrinie sébacée.

Ces auteurs notent des lésions pathologiques du corps strié, du locus niger, du cortex cérébral ; ces dernières portent surtout sur le lobe préfrontal et peuvent même s'accompagner de la dégénérescence des faisceaux fronto-pontins.

DONNAGIO a situé le siège des lésions dans le locus niger et au niveau de la circonvolution préfrontale, surtout dans la région motrice.

Si nous voulons résumer ces différentes théories, elles se trouvent réduites à cinq. La sialorrhée serait due à :

- un trouble mécanique,
- une lésion bulbaire,
- une lésion ou excitation frontale ou des noyaux sous-corticaux,
- une lésion fronto-pontine,
- une lésion protubérantielle des centres de la sécrétion salivaire au niveau des origines des filets du facial.

On pourrait invoquer comme cause de la sialorrhée dans les 4 dernières hypothèses, une lésion dans le sens, soit de l'excitation, soit de l'inhibition, portant sur les fibres reliant les différents noyaux entre eux.

Nous ne donnerons ici que deux observations de maladie de Parkinson avec sialorrhée importante.

OBSERVATION I.

M. M... (service du Dr RODIET) est entré à l'Asile en octobre 1934 à l'âge de 34 ans pour troubles du caractère au cours d'une maladie de Parkinson.

C'est en 1920, étant à Montreuil, qu'il a eu une encéphalite épidémique ; et 3 mois après le début de sa maladie il a présenté du tremblement.

Neuf ans plus tard s'est installée une sialorrhée assez importante.

Il a été hospitalisé à Tenon en 1934 après une tentative de suicide par défenestration ; il a été dirigé sur un Asile à cause de ses idées de persécution et ses crises d'agitation.

Il se présente avec la raideur et la lenteur typiques du parkinsonien ; tout le corps est enraidí, la tête est légèrement penchée en avant, les épaules tombantes, les bras en légère flexion ; les membres inférieurs se déplacent lentement, de façon spasmodique. Il s'assied brutalement et reste immobile dans la position même où il est tombé sur sa chaise.

Ses membres, surtout le membre supérieur droit, sont animés de tremblements rapides et continuels : il « émiette » constamment.

Sa face est figée, le regard est fixe par immobilité complète des globes oculaires ; seul le maxillaire inférieur est agité de mouvements de mâchonnements.

La parole est lente, explosive, peu articulée, extrêmement difficile à comprendre, même pour les petits mots d'affirmation ou de négation pour lesquels d'ailleurs, il n'y a aucun mouvement de tête.

Le malade est bien orienté dans le temps et l'espace.

Sa mémoire est satisfaisante.

Il sourit et approuve quand on dit qu'il a des mouvements de colère.

Nous avons pu apprendre qu'en effet de temps à autre il avait des accès d'agitation pendant lesquels il courait dans la cour sur la pointe

des pieds, et le corps penché en avant. Avec ces accès coïncide une hypersécrétion salivaire beaucoup plus importante.

Mais ces paroxysmes d'hypersécrétion salivaire se succèdent sur un fond de sialorrhée continue qui dure depuis 6 ans. Le malade a continuellement le menton humide, la sialorrhée ne cesse pas la nuit : au réveil son oreiller est trempé.

Chaque paroxysme est accompagné de crise de larmoiement.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés.

Il n'y a pas de clonus.

Il n'y a pas de Babinski.

Les pupilles sont égales et régulières, elles réagissent bien à la lumière.

Le cœur est normal, le pouls est régulier à 68 pulsations par minute.

OBSERVATION II.

M. H... (Service du Dr RODIET) est interné en avril 1931 à l'âge de 25 ans pour maladie de Parkinson avec gros troubles du caractère.

C'est un malade lucide, bien orienté dans le temps et l'espace ayant une certaine conscience de son état, et se rendant compte de ses crises d'agitation pendant lesquelles il demande lui-même à être maintenu.

Il n'a ni hallucination ni délire.

Il a eu, à l'âge de 15 ans, une atteinte d'encéphalite léthargique, et une rechute 3 ans plus tard.

On est frappé en l'examinant, par son aspect adipeux et sa rigidité. Son facies est peu expressif, il présente du strabisme externe gauche et projette continuellement sa langue hors de sa bouche.

Il n'a aucun tremblement, ni de la face, ni des membres.

Il a la lenteur habituelle du parkinsonien.

Ses réflexes rotuliens, achilléens et radiaux sont vifs.

Il n'a pas de Babinski, ni de trépidation épileptoïde.

Aux membres supérieurs on a le phénomène de la roue dentée.

Ses pupilles sont irrégulières, inégales mais réagissent normalement à la lumière.

Il présente par moment des crises de sialorrhée assez importante pendant lesquelles il bave abondamment. Ses crises sont inégales de durée et inégalement espacées. Elles ne coïncident pas forcément avec les accès d'agitation.

Le traitement suivi par de la scopolamine n'influe aucunement sur son hypersécrétion salivaire.

* * *

Pour résumer, nous avons constaté dans l'observation I de gros troubles mécaniques qui peuvent par eux-mêmes expliquer une salivation continue. Mais nous avons pu voir qu'avec les accès d'agitation coïncidait la sialorrhée ; c'est donc, nous semble-t-il, qu'à ce moment il y a une irritation nerveuse qui excite à la fois le centre de la motricité et le centre salivaire.

Notre deuxième malade a une sialorrhée intermittente et peu de troubles mécaniques : il n'a pas plus que le premier de troubles bulbaires importants.

Il nous semble donc que nous pouvons nous ranger à la théorie de KLIPPEL et LHERMITTE et situer les lésions provoquant la sialorrhée, soit au niveau du cortex frontal, soit sur les fibres réunissant ces centres aux noyaux bulbaires.

PARALYSIE LABIO-GLOSSO-LARYNGÉE

On trouve presque systématiquement chez les malades atteints de paralysie labio-glosso-laryngée des troubles salivaires.

Le paralysé labio-glosso-laryngé a un facies caractéristique : bouche ouverte, lèvre supérieure découvrant les incisives, mâchoire et lèvre inférieure tombantes, salivation incessante et abondante.

Les troubles moteurs ont une importance extrême puisque ce sont eux qui provoquent les difficultés de la déglutition par paralysie des muscles masticateurs, des muscles de la langue, du voile du palais, du pharynx et du larynx. Mais ils n'expliquent pas à eux seuls la grande abondance de la sécrétion.

BERGER a vu dans un cas que la salive rejetée variait entre 600 et 900 grammes par vingt-quatre heures. Les malades ont presque constamment un mouchoir ou une

serviette dans la main pour s'essuyer la bouche, la salive est visqueuse et filante. Cet écoulement continu irrité les téguments et amène souvent une vive rougeur des lèvres et du menton.

Le malade devient rapidement incapable de parler, incapable de s'alimenter : il est épuisé par l'abondance de la sécrétion salivaire, il s'amaigrit, se cachectise et arrive rapidement à la mort.

D'après DUCHENNE (de Boulogne), cet écoulement de salive résulterait d'un simple phénomène mécanique : la salive incomplètement avalée par suite de la paralysie de la langue et des troubles de la déglutition, s'accumulerait dans la bouche et y deviendrait « visqueuse » par le long séjour qu'elle y fait.

D'après KAYSER et HALLOPEAU, il y aurait hypersécrétion de salive par excitation d'un centre bulbaire.

Il nous semble que cette dernière explication est la meilleure, et doit seule être retenue. Nous ne voulons pas par là, nier que les malades atteints de paralysie labio-glosso-laryngée ne puissent avaler leur salive, et que la quantité recueillie et mesurée soit à peu de chose près la quantité sécrétée. Mais ainsi que CHARCOT l'a démontré, la paralysie bulbaire progressive est l'expression clinique de la lésion primitive et elle est symptomatique de l'atteinte des noyaux d'origine des nerfs moteurs craniens situés dans la moitié inférieure du bulbe.

Nous avons vu la situation bulbaire des deux noyaux salivaires, le lieu des lésions dans la paralysie labio-glosso-laryngée correspond à ces noyaux, surtout au noyau inférieur qui innerve la parotide la plus importante des glandes salivaires.

* * *

Nous faisons entrer dans ce même chapitre la sclérose latérale amyotrophique qui débute assez souvent par la paralysie labio-glosso-laryngée et qui s'accompagne automatiquement de troubles bulbaires.

PATRIKIOS, dans sa thèse parue en 1918 sur la sclérose laté-

rale amyotrophique, cite quelques observations de malades sialorrhéiques. Chez tous, l'affection a commencé par des troubles de paralysie labio-glosso-laryngée et PATRIKIOS a pu décrire « le signe du mouchoir », « M. C..., Mme A..., M. G... » salivent constamment et portent toujours un mouchoir « à leurs lèvres pour empêcher la salive de couler. M. C..., « le plus atteint de tous, tousse fréquemment car la salive « l'étrangle ; enfin avant de parler, il doit enlever avec une « petite cuiller la salive que sa langue, ses joues et ses « lèvres ne peuvent collecter. »

* * *

En définitive, dans ces deux affections : paralysie labio-glosso-laryngée et sclérose latérale amyotrophique où tous les signes dépendent de lésions bulbaires, il semble que l'on puisse admettre que l'hypersécrétion salivaire soit sous la dépendance de lésions des centres du myélocéphale.

PARALYSIE PSEUDO-BULBAIRE

Les troubles de la sécrétion salivaire font partie des symptômes fondamentaux de la paralysie pseudo-bulbaire.

Il semble que l'on puisse invoquer, à juste titre, une lésion des centres salivaires.

A. COMTE décrivant le paralysé pseudo-bulbaire nous dit : « Toute la partie inférieure de la face est immobile, la « bouche entr'ouverte laisse échapper une abondante quantité de salive qui coule sans cesse des commissures. Ce « phénomène a fait admettre à un certain nombre d'auteurs que dans la paralysie pseudo-bulbaire, la sécrétion « salivaire était exagérée. »

La position du malade qui souvent a la tête penchée en avant ; la paralysie, d'une part de l'orbiculaire des lèvres, d'autre part de la langue et des muscles du voile du palais, empêche le malade d'effectuer toute déglutition ; toute la salive sécrétée est donc expuitée.

Mais cette quantité étant nettement supérieure à la normale on peut tout de même admettre l'hypersecrétion.

Les lésions anatomiques de la paralysie pseudo-bulbaire sont des lésions en foyer du système nerveux, sans localisation précise, mais disséminées dans tout l'encéphale.

Il nous semble logique d'admettre qu'il y a des lésions, soit des centres corticaux, soit des centres bulbaires, soit encore des fibres unissant ces deux centres entre eux.

CHAPITRE II

Syndromes mentaux proprement dits où l'on peut rencontrer la sialorrhée.

Nous pouvons entreprendre maintenant avec plus de fruit l'étude des syndromes mentaux proprement dits, s'accompagnant de sialorrhée.

Nous verrons successivement l'hypersécrétion salivaire chez les malades atteints de :

idiotie,
démence précoce,
psychose maniaque dépressive,
psychose hallucinatoire,
paralysie générale,
épilepsie,
hystérie.

IDIOTIE

Nous n'avons pas trouvé signalée avec insistance par les auteurs la sialorrhée chez les idiots.

LÉVY-VALENSI en traitant « l'idiotie complète absolue » nous dit : « les petits malades ont une lèvre inférieure « hypertrophiée et pendante, sur laquelle s'écoule abondamment la salive. »

Jules VOISIN nous signale « la langue est très grosse « chez certains idiots, elle sort de la bouche qui reste « béante et baveuse, la salive s'écoulant continuellement « au dehors. »

La bouche de l'idiot mongolien est entr'ouverte, il s'en écoule continuellement de la salive avec comme consé-

quence de l'érythème de la lèvre inférieure et du menton.

Henri JANET en décrivant le myxœdémateux congénital signale : « les lèvres sont épaisses, pendantes, la bouche « largement fendue, constamment entr'ouverte, laisse voir « la langue volumineuse et saillante ; la salive s'écoule « constamment ».

Enfin nous avons pu voir dans la description du myxœdémateux de LÉVY-VALENSI « le contact soit de la langue, « soit des lèvres, soit de la muqueuse buccale, provoque « un mouvement de succion ou de mastication, c'est le « Fress-réflex d'OPPENHEIM. »

Il est naturel dans ce cas de voir une salivation excessive, mais par simple réflexe buccal.

Voici trois observations typiques qui illustreront le tableau clinique du sialorrhéique.

OBSERVATION III.

M. L... (Service du D^r RODIET) a été interné pour la 2^e fois en 1933 à l'âge de 25 ans ; c'est un malade petit, assez trapu, aux membres supérieurs un peu longs ; il frappe par son aspect bestial.

Il a le crâne petit, le front bas, le facies rougeaud, inexpressif ; la bouche est entr'ouverte, les lèvres sont épaisses.

La lèvre inférieure et le menton sont continuellement couverts de salive assez fluide, qui tombe par gouttes rapprochées sur ses vêtements.

Cette salivation excessive ne cesse pas la nuit ; à son réveil son oreiller est complètement mouillé.

Il parle très mal ; son vocabulaire ne se compose guère que de quelques mots orduriers, qu'il prononce de façon tout à fait inintelligible le plus souvent ; il se montre donc complètement incapable de correspondre par expression verbale avec son entourage. Il comprend à peine ce qu'on veut obtenir de lui, même quand ce sont des ordres simples qu'on lui donne (mettre son béret sur une chaise, montrer l'oreille, la main, la langue, etc...), il a un sourire bestial entrecoupé de grognement.

Il est incapable d'accomplir les moindres actes utiles, à peine peut-il s'habiller et s'alimenter seul ; il a du gâtisme intermittent.

Multiples stigmates de dégénérescence : microcéphalie sans autre anomalie de la structure du crâne, oreilles grandes, détachées, avec peu de modelé, dents régulières comme implantation, normales comme tailles, quelqune-unes ont une encoche ; voûte palatine normale ; langue baignant dans une salive claire, cicatrices de morsures.

Les réflexes radiaux sont exagérés.

Le réflexe rotulien droit est plus vif que le gauche et un peu spasmodique. Pas de trépidation épileptoïde du pied, pas de signe Babinski.

Pas d'autre anomalie corporelle.

Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn : négatifs dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien : B.-W. négatif.

Meinicke : négatif.

Benjoin : 00000.12220.00000.

Albumine : 0,22.

Urines : pas de sucre, traces d'albumine.

Hérédité alcoolique et vésanique.

Notion d'une encéphalopathie convulsive à 6 mois.

Depuis qu'il est interné présente une crise d'épilepsie tous les deux ou trois mois, parfois crise d'excitation coléreuse au cours desquelles on l'a vu, par exemple, donner des coups aux arbres.

En résumé, nous trouvons un syndrome fréquent dans les Asiles de sialorrhée continue et abondante chez un idiot microcéphale avec épilepsie et agitation par intervalle.

OBSERVATION IV.

M^{lle} B... (Service du D^r LATAPIE) a été internée en 1922 à l'âge de 28 ans pour idiotie.

Nous relevons dans l'observation prise au moment de son admission :

Ne parle pas, incapable de s'aider en quoi que ce soit, gloutonnerie avec absence du sentiment de la saleté ; écoulement permanent de salive et mucosités nasales ; excrétions involontaires ; accès de cris variés. La marche est possible et parfois désordonnée. La préhension se fait, mais d'une façon défectueuse. Les besoins, les déterminations instinctives se traduisent plutôt par des cris.

Cette malade paraît reconnaître ses proches parents.

Elle retient des airs simples et les chantonne parfois plusieurs jours consécutifs.

L'odorat et le toucher sont des plus obnubilés.

Elle n'a aucune conscience du danger, montait chez elle sur les meubles, et s'est cassée les clavicules et les côtes à plusieurs reprises en quelques années.

Elle gâche son linge et cherche à le déglutir en bavant.

En résumé : vie végétative prédominante, vie de relation réduite au minimum.

Enfin, elle présente par périodes plus ou moins rapprochées de très fréquents accès d'épilepsie.

Depuis son entrée, M^{lle} B... n'a pas cessé de baver ; elle se présente actuellement sur une chaise percée, les bras maintenus pour éviter qu'elle ne déchire ses effets. Sa tête est fortement fléchie, sa langue est pendante, la salive coule en filets ininterrompus. De plus, elle lèche ses vêtements et mâchonne tout ce que ses dents peuvent atteindre.

Son exuption salivaire est des plus abondante, mais n'a jamais pu être mesurée.

OBSERVATION V.

M^{lle} Le C... (Service du D^r LATAPIE) a été internée en 1933 à l'âge de 21 ans pour idiotie. Elle était à son entrée et est restée depuis, atteinte d'une sialorrhée importante.

Elle a une maladie de Little ; toute recroquevillée sur elle-même, la marche lui est complètement impossible ; les pieds sont en contraction et flexion plantaire, les genoux sont fléchis, les cuisses sont à angle aigu sur le bassin, surtout à droite. Les membres supérieurs surtout le droit sont aussi en contracture.

On peut tout de même rechercher les réflexes qui sont exagérés ; il y a clonus des deux pieds et Babinski bilatéral.

Elle est de plus, atteinte d'idiotie totale avec absence de parole, et attention impossible à fixer.

Elle salive abondamment, sa bouche est constamment entr'ouverte ; de son menton tout humide s'écoule goutte à goutte une salive opalescente, assez fluide, qui humecte les linges placés sur sa poitrine, et malgré les soins de propreté elle présente un gros érythème des téguments.

On ne peut évaluer la quantité de salive rejetée à l'extérieur.

Rien dans ces observations ne peut nous éclairer avec assurance sur l'étiologie de la sialorrhée. Dans la 2^e observation on pourrait invoquer une origine mécanique.

Nous ne pouvons que nous soumettre à la théorie de KLIPPEL et LEFAS qui date de 1897 mais qui est peut-être toujours exacte. Ils expliquent la sialorrhée dans l'idiotie par la suppression de l'influence régulatrice de l'encéphale sur le bulbe et la moelle.

DÉMENCE PRÉCOCE

La sialorrhée a été peu étudiée dans la démence précoce ; les auteurs ont signalé sa présence sans toutefois y insister.

Pour ROGUES DE FURSAC : « La sécrétion salivaire est « parfois exagérée, certains malades remplissent 3 ou 4 « crachoirs dans leur journée, soit par un crachotement « continu, soit en laissant la salive s'accumuler dans « leur bouche et en l'évacuant par grande quantité. »

Nous trouvons dans le précis de DIDE et GUIRAUD : « Les « sécrétions générales subissent d'amples variations ; à « côté de tarissement presque complet, on note de la sialorrhée intense, de la séborrhée qui recouvre la peau de « graisse. »

Nous avons trouvé aussi signalée la présence de troubles vaso-moteurs dans une communication de ANTHEAUME et MIGNOT : « Les troubles sécrétoires et vaso-moteurs font « partie de la symptomatologie de la démence précoce. Les « auteurs citent comme le plus souvent observés : le refroidissement des extrémités, la cyanose, la dermatographie, les « œdèmes, la sialorrhée... L'hyperhidrose paroxystique et « généralisée, de même que l'hyperhidrose palmaire, s'observeraient surtout au début de la démence précoce et dans « la variété catatonique. Remarquons que c'est dans les « mêmes circonstances que les autres troubles vaso-moteurs ou sécrétoires, et en particulier la sialorrhée, « sont le plus souvent constatés. »

Nous avons pu nous-mêmes constater la sialorrhée chez quelques malades dont nous donnons les observations.

OBSERVATION VI.

M^{me} G... (Service du Dr MIGNOT), 36 ans, a été internée le 27 mai 1934 pour idées de persécution et psychose hallucinatoire.

Le certificat immédiat est ainsi conçu :

« Est atteinte de débilité mentale avec délire hallucinatoire de persécution, sentiment d'influence, d'intrusion psychique, explications absurdes. »

Actuellement son état ne présente que peu de changement.

Elle est complètement désorientée dans l'espace. Elle est désorientée dans le temps, se croit en août alors qu'on est en octobre et en donne des raisons absurdes.

Son état physique est assez bon, elle a la face colorée, mais est assez amaigrie ; à son entrée elle pesait 43 kgr., actuellement elle ne pèse plus que 39 kgr. Il est vrai qu'elle n'a jamais été très grosse elle a rarement dépassé 50 kgr.

Elle présente de la sialorrhée depuis le mois de décembre 1934, elle ne peut nous donner aucun renseignement sur la façon dont a commencé son hypersécrétion ; nous n'avons pas assisté à son installation, mais d'après les renseignements que nous avons pu recueillir, il semble que le début en ait été progressif et qu'elle ait atteint en quelques semaines la quantité maxima. Elle n'a pas changé depuis.

On n'a pu apprécier la quantité exputée, la malade ne peut rejeter ses crachats qui sont à peine formés, elle les recueille sur ses lèvres à l'aide d'un mouchoir ; elle mouille environ 7 mouchoirs par jour.

La nuit, la sialorrhée se calme un peu, mais ne se tarit pas ; la malade dort sur le côté en plaçant un mouchoir sous ses lèvres ; elle ne peut arriver à dormir sur le dos.

Pendant ses repas la malade crache encore.

Elle se dit « obligée de cracher pour renvoyer les fluides qui la pénètrent ».

Elle est en effet en butte à des persécutions multiples et variées : une femme qui lui en veut dit « je suis noire » et aussitôt elle se sent pénétrée de fluides qui entrent dans son corps en la piquant violemment, piquère soit à la hanche, soit aux reins, soit au front ; le fluide

pénètre en outre par tous ses orifices et il ressort par la salive ; elle est donc « obligée » de cracher, elle s'y efforce même « ça me soulage quand ma salive s'en va ».

Aussi, aucun médicament ne peut l'empêcher de saliver, nous dit-elle, et même, elle se refuse à les absorber ou quand elle les accepte c'est pour peu de temps.

Elle a seulement consenti à prendre du sulfate d'atropine pendant près d'un mois ; elle n'a eu aucune amélioration.

Elle présente en outre des idées d'influence et de l'automatisme mental.

Elle a de la discordance, des sourires immotivés.

Elle a perdu beaucoup de son affectivité.

Elle présente du maniérisme. N'a pas de suggestibilité.

Elle a son certificat d'études mais son état intellectuel semble s'être nettement affaîssi. Elle s'occupe peu et quand elle le fait ce sont des occupations enfantines : exercices d'écriture qu'elle fait d'ailleurs le mouchoir entre les dents.

Aucune maladie antérieure, pas de syphilis.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont égaux, mais un peu faibles. Elle n'a pas de tremblement des extrémités.

Son pouls est petit : 84 pulsations par minute.

Son cœur est normal, sans souffle ni clangor.

L'examen pulmonaire est négatif.

Réglée le premier mois de son internement, elle ne l'a pas été depuis.

Son dosage d'urée est normal.

Dans le sang : B.-W., Kahn, Meinicke : négatifs.

Dans le liquide céphalo-rachidien : B.-W. négatif.

Albumine	0,18.
Lymphocytose	1 par mmc.
Glucose	0,55.
Tension	28-24 (assise).

OBSERVATION VII.

M^{lle} T... (Service du D^r LATAPIE), internée en mars 1920 à l'âge de 23 ans.

Elle travaillait en usine avant son admission, et malgré ses halluci-

nations auditives et gustatives elle avait continué ses occupations jusqu'au dernier jour.

D'après le certificat de 24 heures elle se présente « dans un état » dépressif avec attitude figée, ralentissement de l'idéation, troubles « hallucinatoires prédominants de l'ouïe, gâtisme ».

En 1924, son état mental a évolué ; elle est devenue indifférente à tout, tant au point de vue affectif qu'au point de vue matériel ; elle est devenue maniérée. Elle a des rires explosifs, de l'automatisme mental, des idées délirantes polymorphes, et de la dysmnésie.

Elle gâte toutes les nuits.

En somme, le diagnostic de démence précoce ne fait que s'accuser.

On trouve noté en 1927 une sialorrhée débutante, ses vêtements sont constamment humides au niveau de sa poitrine.

Depuis huit ans cette sialorrhée ne s'est pas atténuée, au contraire, puisque actuellement on peut évaluer à 1 lit. 1/2 à deux litres par jour la quantité de salive recueillie.

On est obligée de fixer sous son menton une cuvette pour recueillir cette hypersécrétion salivaire. Malgré cette précaution ses vêtements sont traversés, sa poitrine macère dans l'humidité, ses téguments sont irrités.

Sa déchéance mentale n'a cessé de croître, la malade est actuellement sur un fauteuil de gâteux, incapable de communiquer avec son entourage.

Ses réflexes tendineux et oculaires sont normaux.

OBSERVATION VIII.

M^{lle} L... (Service du D^r LATAPIE) a été internée à l'âge de 14 ans, en janvier 1915 pour psychose, caractérisée par de l'excitation maniaque, des troubles des idées, du désordre des actes, des impulsions violentes et de l'insomnie.

Améliorée au bout de trois mois, la malade a présenté une période de rémission de 15 mois qu'elle a passée dans sa famille.

Elle est revenue à l'Asile en juillet 1916, présentant le même syndrome qu'à sa première admission.

La malade n'a pas fait d'autre rémission.

Depuis 19 ans, sa déchéance mentale n'a fait que croître avec

démence intellectuelle, gâtisme, malpropreté, agitation désordonnée, mutisme presque complet.

Pendant un an et demi, en 1933-1934, elle a présenté une sialorrhée extrêmement abondante, qu'on a pu évaluer à environ un litre par jour. La nuit elle bavait en dormant.

Depuis un an elle ne salive plus de façon anormale.

OBSERVATION IX.

M. H... (Service du Dr RODIET) a été interné en décembre 1932 à l'âge de 17 ans, pour démence précoce.

Il a présenté au bout de trois une rémission, mais avec une rechute un an plus tard.

Actuellement, il est dans un état de déchéance mentale extrême, avec mutisme complet, incompréhension totale, maniérisme, conservation des attitudes et gâtisme.

Il présente de plus, à peu près constamment, une sialorrhée moyenne dont il ne se tourmente aucunement ; sa salive s'écoule le long de son menton sans qu'il semble s'en apercevoir.

Il ne bave pas la nuit.

* * *

Il semble bien que la sialorrhée chez les déments précoces soit un signe de plus en faveur de l'organicité de cette affection ; mais nous ne pouvons actuellement localiser avec précision de lésions sur le trajet des voies salivaires. Remarquons d'ailleurs que de telles lésions ne pourraient être considérées comme constantes, étant donné le pourcentage peu élevé des cas de sialorrhée parmi les déments précoces.

PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE

Aucun auteur n'a signalé la sialorrhée dans les psychoses maniaques dépressives. Nous avons pu en examiner un cas que nous avons tenu à exposer.

OBSERVATION X.

M^{lle} V... (Service du D^r MIGNOT) a été internée le 15 décembre 1934 pour la 4^e fois. Elle a déjà fait des séjours de :

6 mois en 1929 pour état de stupeur et refus d'aliments.

2 mois 1/2 en 1931 pour accès dépressif simple avec opposition aux soins et à l'alimentation, mais sans aucune excitation.

5 mois en 1933. A ce 3^e internement on trouve un certificat ainsi conçu :

« Est atteinte de psychose intermittente. Etat actuel de manie aiguë, parle sans arrêt, rit, gesticule, ne répond à aucune des questions qui lui sont posées, bien que les mots qu'elle prononce montrent que son attention reste en éveil. »

Depuis sa dernière admission à l'Asile, M^{lle} V... a eu de très fréquents accès d'agitation de 3 mois, 3 semaines, 3 semaines, 2 mois, séparés par des périodes calmes de 1 mois, 15 jours, 3 semaines. Elle est depuis quelques jours dans une période de légère dépression et nous avons pu procéder à un examen et un interrogatoire complet, car la malade pendant ses accès d'agitation est extrêmement violente, impulsive et sale ; elle ne répond à aucune des questions posées et ne se prête à aucun examen.

Durant ses quatre périodes d'agitation elle a énormément salivé. Nous distinguons de l'hypersécrétion proprement dite, les réactions de défense qui la font cracher autour d'elle pour empêcher qu'on ne l'approche.

Mais on a pu remarquer que son maillot de grosse toile épaisse était mouillé jusqu'à la ceinture en trois heures et que son drap était tout humecté de salive et ceci plusieurs fois par jour.

Pendant ses périodes de dépression M^{lle} V... est craintive, elle a des idées d'auto-accusation et des désirs d'expiation.

Elle a une amnésie totale de ce qui s'est passé pendant ses périodes d'agitation.

Elle a oublié de même son hypersécrétion salivaire et ne présente actuellement aucun trouble de ce côté ; elle affirme même ne pas avoir de sialophagie importante.

Ses réactions motrices sont peu importantes, elle a de la brady-
psychie.

Elle présente un gros tremblement dans la position de Quinquand et ce tremblement se propage jusqu'au coude.

On trouve une hypertonie à gauche, et de ce côté le phénomène de la roue dentée.

Il y a diminution des mouvements automatiques du balancement des bras dans la marche.

Le réflexe rotulien droit est un peu plus faible que le rotulien gauche, qui est peu vif.

L'achilléen droit est aboli, le gauche est normal.

Les réflexes radiaux sont faibles mais égaux.

Les réflexes oculaires sont normaux, les pupilles sont égales et régulières.

Elle ne présente aucun trouble cénesthésique si ce n'est une lassitude au niveau des deux omoplates.

Aucun trouble des perceptions sensibles.

Son pouls est à 88. Elle est réglée à peu près régulièrement.

Les résultats de sa ponction lombaire et de sa prise de sang ont été complètement négatifs.

Elle n'a eu autrefois aucune maladie importante, n'a pas eu de convulsions dans l'enfance, et est la seule personne de sa famille qui ait été internée.

* * *

Chez cette périodique, les signes de parkinsonisme fruste notés dans l'observation (tremblement, hypertonie, phénomène de la roue dentée), ainsi que l'abolition du réflexe achilléen droit, sont en faveur d'une atteinte quelconque du névraxe, que semblerait confirmer la sialorrhée si intense qu'a présenté Mlle V... La notion d'organicité dans ces deux psychoses n'est d'ailleurs pas une chose nouvelle (Cf. G. PETIT et BAUDARD : Sur la fréquence des syndromes parkinsoniens en pathologie mentale. Lyon, juillet 1934).

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE

Seul ROGUES DE FURSAC nous signale que les malades « présentant des hallucinations olfactives et gustatives peuvent avoir comme réaction de défense un crachotement perpétuel ».

TRÉNEL et CRÉTÉ ont cité l'observation d'une malade qui avait des hallucinations psycho-motrices et de la sialorrhée paroxysmale.

« Malade de 53 ans, internée en octobre 1900 pour délire postyphique. Pendant plusieurs semaines elle reste agitée, désordonnée, souvent bruyante la nuit. Le jour, elle va et vient dans la cour, riant toute seule et crachotant beaucoup.

« Elle fuit tout interrogatoire, se bornant à rire quand on veut échanger quelques propos avec elle. Elle avoue cependant avoir des hallucinations variées, vue, ouïe.

« Peu à peu elle se calme, se met au travail, reconnaît qu'elle a été malade ; mais c'est seulement à l'époque de sa sortie qu'elle nous donne des détails sur ce qu'elle avait éprouvé : elle avait des hallucinations de la vue, ou plutôt des illusions ; mais ce qui a prédominé ce sont les hallucinations psycho-motrices. Elle entendait sans cesse une voix parler dans sa gorge, c'était comme une double voix qui lui venait dans la bouche absolument comme la voix d'une personne qui parle. Cela lui parlait à haute voix, elle ne sait si d'autres personnes l'auraient entendue.

« A un moment donné, elle se demandait si elle n'allait pas devenir ventriloque. La voix lui parlait si fort que cela la réveillait en pleine nuit, et qu'elle se demandait si ses voisines n'allaient pas l'entendre ; et, à ce moment même, il lui venait un flot de salive à la bouche. Cela s'est répété fréquemment pendant de nombreuses nuits et ce phénomène lui semble si bizarre qu'elle en demande l'explication ; elle en est encore un peu effrayée.

« Cette observation montre ce phénomène particulier d'une véritable sialorrhée paroxystique, se produisant au moment où éclatent les hallucinations psycho-motrices.

« On ne peut prétendre ici qu'il y avait simplement une expuition

volontaire si commune chez les hallucinés, car le flux salivaire avait lieu au moment même du réveil, en même temps que l'hallucination ; la malade est très catégorique à ce sujet, c'est d'elle-même qu'elle nous raconte ce fait et ne laisse pas que de demander l'explication d'une chose aussi singulière. D'autre part, elle n'a aucune idée de possession ni d'empoisonnement, idées qui s'accompagnent si souvent de crachotement et d'efforts d'expuition.

« On ne peut guère expliquer la coïncidence de ces deux symptômes, hallucinations psycho-motrices et sialorrhée que par l'excitation simultanée de centres corticaux très voisins si même ils ne se confondent pas. »

* * *

Nous donnons ici les observations de trois malades atteints de psychose hallucinatoire, présentant une sialorrhée vraiment notable.

OBSERVATION XI.

M^{me} M... (Service du D^r LATAPIE), 47 ans, ménagère, entre en mai 1934 à l'Asile dans un état anxieux et mélancolique.

Le certificat de 24 heures est ainsi conçu :

« Atteinte de délire mélancolique avec idées d'auto-accusation et de culpabilité. Anxiété et idées de suicide. »

Cette malade est actuellement sialorrhéique.

Son état a présenté peu de changement jusqu'en décembre 1934 ; à cette époque, la malade commence à présenter de l'automatisme mental et des hallucinations auditives. Celles-ci n'ont fait que croître jusqu'à l'heure actuelle, et progressivement s'est installée une sialorrhée qui est actuellement très importante.

La malade excitée et anxieuse conte facilement ses ennuis.

On lui met de la pourriture dans la bouche, elle a la bouche toute enraidie par tous les produits anormaux qu'on lui met : eau de javel, pétrole, soufre « j'ai de l'eau plein la tête, je me mouche tout le temps, « je salive tout le temps, et ne peux tout avaler, vous pensez bien ! Je « m'endors quand j'ai fini de cracher, je me réveille par le besoin de « cracher. »

La malade ne salive pas en dormant et n'est pas réveillée par des quintes de toux ou des accès de suffocation.

Elle s'alimente à peu près normalement, mais a toujours l'impression d'avoir l'estomac plein de salive.

Outre ses hallucinations gustatives et olfactives la malade présente de fréquentes hallucinations auditives, elle localise les voix parfois dans sa tête, parfois dans sa poitrine.

De plus, elle a des hallucinations motrices-verbales et de l'autisme mental. Elle présente quelques vagues idées d'éternité, mais pas de syndrome de Cottard; : ils me disent que je suis éternelle, j'arrive à le croire ».

Elle a une conservation de l'affectivité.

Pas de stéréotypies.

Sa mémoire est normale, son orientation parfaite.

Son niveau intellectuel est peu élevé, elle sait lire et écrire mais mal compter.

Elle a une inconscience totale de son état pathologique.

Autrefois M^{me} M... n'a pas eu de grave maladie, elle se souvient d'une grippe légère en 1918 pour laquelle elle est restée couchée quelques jours.

Elle est veuve de guerre et pendant son premier mariage elle a fait une fausse couche provoquée, dont le souvenir accroît son anxiété.

Mariée une deuxième fois elle a un enfant de sept ans en bonne santé.

Son délire a commencé après un accident d'auto, elle a eu une fracture du pied avec séquelle douloureuse très importante.

L'examen physique est difficile, la malade résistant à chaque instant.

Les réflexes oculaires sont normaux.

Les réflexes tendineux rotuliens sont plus vifs à gauche qu'à droite. Les achilléens sont faibles, les radiaux sont normaux.

Elle présente quelques troubles sécrétoires, elle transpire beaucoup « à ne rien faire », nous dit-elle, et son état pulmonaire n'est pas à soupçonner.

Elle n'a pas de larmoiement.

Elle urine très peu, elle est constipée.

Elle se plaint de brûlures d'estomac.

Son cœur est régulier, les bruits sont normaux, son pouls est à 88. Le réflexe oculo-cardiaque le porte à 96.

La salive est expulsée en crachats pressés spumeux et fluides ; la malade mouille environ sept mouchoirs par jour, et de plus crache au dehors. On a pu évaluer à 250 grammes la quantité expectée en 3 heures.

Elle refuse tout médicament.

La ponction lombaire est entièrement négative : B.-W. Vernes et Benjoin. La tension est à 28. Pas d'hyperlymphocytose.

OBSERVATION XII.

M^{me} B... (Service du D^r LATAPIE) a été internée en juin 1935 pour une psychose hallucinatoire.

Cette malade, âgée de 58 ans, a commencé à saliver abondamment il y a à peu près 3 ans ; elle ne pouvait avaler toute sa salive et devait mouiller plusieurs mouchoirs par jour.

Les troubles mentaux se seraient installés progressivement, débutant par de la nosophobie : elle a craint un cancer à l'estomac.

Au moment de son hospitalisation elle présente un délire mélancolique, avec tristesse, plaintes monotones, légère anxiété, attente de malheurs imaginaires, vagues idées de persécution.

Elle présente en outre des hallucinations visuelles et auditives et de l'automatisme mental mais aucune hallucination gustative ni olfactive.

Son état a peu changé depuis son admission ; son hypersécrétion salivaire n'a pas cessé.

Quand elle est dans la cour, sa place est marquée en quelques minutes par ses crachats. A l'intérieur du quartier, elle mouille en 4 heures trois mouchoirs. Son menton est le siège d'un érythème dû sans doute à l'humidité constante dont il est le siège.

Cette sialorrhée n'est pas continue, elle s'arrête parfois quelques heures, parfois une journée entière, mais pour reprendre aussi abondamment le lendemain.

Elle salive peu en dormant et n'est pas réveillée par le besoin de cracher.

Elle se plaint de constriction, d'étouffements, mais pas de douleurs.

Elle n'a pas de vomissements, pas d'éruclations. Elle est constipée.

Elle présente un tremblement continu des membres.

Notons tout de suite que nous avons trouvé ici le seul cas de sialorrhée ayant précédé les troubles mentaux.

OBSERVATION XIII.

M^{me} F... (Service du D^r MIGNOT) est une malade atteinte de psychose hallucinatoire chronique. Elle a été internée en décembre 1928 à l'âge de 53 ans. Elle présentait à son entrée des idées délirantes de persécution avec hallucinations auditives, visuelles, olfactives et génitales. Elle désignait ses persécuteurs, présentait de l'automatisme mental avec prise et écho de la pensée, énoncé des actes.

C'est en avril 1929 que notre malade a commencé à saliver et cette hypersécrétion a été, depuis cette époque, constante, sans paroxysme comme sans arrêt.

A ce moment elle s'était plainte de douleurs lancinantes dans l'oreille gauche, mais avait des hallucinations auditives bilatérales.

Un mois environ auparavant elle s'était plainte de troubles gustatifs : goût d'eau de javel, alcali, potasse, salicylate, colle, et de troubles olfactifs ; elle ressentait des odeurs de soufre.

Nous relevons dans sa correspondance en juillet 1929 :

« Je suis en butte nuit et jour à leurs sévices, tantôt par les acides
« eau de javel, alcali, acide phénique, salicylate de méthyle, ce qui me
« déprime particulièrement ; d'infimes quantités d'acide cyanhydrique,
« de cyanure de potassium en émanation et également en courant
« dans les oreilles, se résolvant dans la bouche et provoquant une saliv
« vation intense. »

En janvier 1930 :

« Je ne cesse de saliver et j'ai la bouche infectée par toutes ces
« substances, auxquelles se mêle également un peu de décoction de
« marron d'Inde. »

En février 1931 :

« Je passe mes nuits à me tamponner le nez avec un mouchoir im-
« bibé d'eau, pour éviter les rayons qui convergent vers mes narines ;
« d'autres fois ce sont les odeurs ou des substances toxiques ou em-
« poisonnées dans la bouche, ce qui me provoque une salivation
« intense et incessante. »

En avril 1932 : cette malade qui venait d'avoir une congestion pulmonaire bilatérale, présente une hémiparésie gauche, prédominante au membre supérieur. Les réflexes tendineux sont symétriques, mais il y a Babinski à gauche. La parésie faciale est à peine indiquée.

A gauche il y a hypoesthésie avec perversion des sensations thermiques.

Peu à peu, elle se remet de tous ces troubles et reprend dans son quartier sa vie antérieure.

A l'heure actuelle, c'est une femme amaigrie qui a une hémiplegie non proportionnelle, prédominante au membre inférieur.

Elle porte autour de la tête un mouchoir noué sous le menton, comme moyen de défense contre ses persécuteurs.

Elle nous dit qu'« on » la fait saliver, elle nomme ses persécuteurs qui l'encerclent dans un bain d'éther, elle a des vapeurs d'éther jusqu'aux narines, elles atteignent même son cuir chevelu, elle en avale par tous les orifices. On lui envoie une haleine nauséabonde, fétide, putride. « Je ne peux m'arrêter de cracher, les fluides viennent tout le temps. »

Elle se rappelle très bien l'époque où commença sa sialorrhée, en avril 1929, elle n'en avait jamais présenté autrefois. Depuis elle salive incessamment. Très rarement, nous dit-elle, elle a quelques heures d'arrêt. Elle ne peut dormir, dit ne pas en avoir envie et quand cela lui arrive, elle réagit de peur que ses persécuteurs qui sont tout proches, ne viennent l'ennuyer. Ses dires sont exacts, elle ne dort jamais plus de 2 heures ou 3 heures consécutives.

Quand elle peut s'endormir elle ne tousse pas, elle n'a pas plus de salive au réveil ; mais elle prétend que sa sialorrhée est une cause d'insomnie.

Sa salive est « de l'eau de riz plus ou moins épaisse, ou de l'eau de « pâte, très mousseuse, parfois incolore et insipide, d'autrefois jaune à « cause d'un mélange de teinture d'iode, qui, elle l'a bien senti, lui « râpait la gorge. »

Il lui semble que sa salive coule plus abondamment dans sa bouche du côté gauche, de même les odeurs seraient surtout perçues de la narine gauche.

Pour les hallucinations auditives elle ne peut préciser, elle présente une surdité partielle de l'oreille gauche depuis 11 ou 12 ans.

Elle n'a pas d'épiphora, ni d'hypersécrétion nasale ; il semble au contraire qu'elle se mouche très rarement.

Elle a une sécrétion sudorale normale, mais avoue uriner très peu et peu souvent. Elle n'est pas constipée.

Elle pèse actuellement 36 kgr. mais n'a jamais été très grosse, son maximum a été de 42 kgr.

Pendant notre examen la malade conserve constamment son mouchoir à la main ; elle crache souvent et peu à la fois, s'arrête au milieu d'une phrase, avance sa langue sur ses lèvres, et ramasse de son mouchoir une petite masse salivaire grosse comme une noisette ; elle s'essuie la langue et non les lèvres.

Elle ne présente pas d'hypertrophie des glandes salivaires.

Son visage est ridé, peut-être est-il un peu plus bouffi à gauche qu'à droite ; on note une atténuation du pli naso-génien gauche sans plus. Sa fente palpébrale gauche est légèrement plus petite que la droite.

La malade n'a pas d'hypertrophie du corps thyroïde.

Elle dépersonnalise toutes les sensations qu'elle ressent.

Elle énumère ses idées de préjudice qui sont multiples et ses persécuteurs qui ne sont pas moins nombreux.

Elle présente des illusions et des fausses reconnaissances, elle admet difficilement pouvoir se tromper.

Jusqu'à l'année de son internement M^{me} F... n'a jamais eu de grave maladie, elle n'a jamais eu d'encéphalite épidémique ; a été opérée en 1925 pour fibrome (hystérectomie).

Elle affirme qu'elle n'a pas eu la syphilis ; elle a eu trois fausses couches, mais toutes provoquées.

Elle a une bonne mémoire, elle se rappelle bien de son hémiplégie gauche qui s'est installée rapidement, en une nuit. Elle présente depuis quelques mois de vives douleurs dans ses deux membres parés ; aux membres supérieurs elles vont de l'épaule jusqu'à la main ; ce sont d'ailleurs ses persécuteurs qui provoquent ces douleurs.

La station debout est difficile, néanmoins la malade marche rapidement ; elle talonne, se posant peu sur le pied gauche qui est en varus.

Elle présente une hypertonie augmentée par la manœuvre de Froment et aussi accentuée à gauche qu'à droite.

Ses réflexes, tant rotuliens, qu'achilléens et radiaux sont plus vifs à gauche qu'à droite.

Elle a des troubles de la sensibilité tactile, elle perçoit moins bien à gauche qu'à droite et toute sensation sur le membre supérieur et le membre inférieur gauches lui fait l'effet d'une brûlure.

Son cœur est régulier, pas rapide, on ne peut noter qu'un choc en dôme, aucun bruit anormal à l'auscultation.

Ses pupilles réagissent normalement à la lumière, elles sont régulières, mais la gauche est plus grande que la droite.

Dosage d'urée sanguine : 0,20.

Examen sérologique : sang : B.-W. Meinicke, Kahn : négatifs.

L. C.-R. B.-W. négatif.

Albumine. 0,22.

Glucose 0,71.

Lymphocytose 3 par mme.

Urines sans sucre ni albumine.

La malade refuse tout médicament ; on est arrivé à la persuader d'accepter du sulfate d'atropine, elle l'a fait pendant quelques jours puis a refusé sous prétexte qu'elle avait « de la bouillie dans la bouche et qu'elle ne pouvait former ses crachats ».

* * *

Nous pouvons essayer de tirer de ces observations quelques remarques sur la date d'apparition des hallucinations et de la sialorrhée.

— Pour la malade de TRENEL et CRÉTÉ : apparition simultanée et évolution par accès.

— Pour le sujet de l'observation XI : apparition encore simultanée, mais persistance chronique des deux symptômes.

— Pour le sujet de l'observation XII : sialorrhée de longtemps antérieure aux hallucinations qui, d'ailleurs, ne sont pas gustatives.

— Pour le sujet de l'observation XIII : les hallucinations gustatives ont précédé d'un mois l'hypersécrétion salivaire.

Il semble qu'on puisse conclure :

— qu'il n'y a pas de relation directe entre les hallucinations et la sialorrhée ;

- que les hallucinations gustatives n'entraînent pas la sialorrhée (de dégoût par exemple);
- qu'inversement la sialorrhée n'amène pas à coup sûr d'hallucinations gustatives par une modification de l'état de la muqueuse buccale.

L'hypothèse de TRENEL et CRÉTÉ nous paraît plus logique : on a affaire à deux symptômes qui relèvent peut-être d'excitation corticale; en tout cas ils relèvent tous les deux du même processus, mais l'un ne découle pas de l'autre.

PARALYSIE GÉNÉRALE

Depuis longtemps la sialorrhée était signalée dans la paralysie générale mais c'est MARANDON DE MONTYEL qui s'y est surtout intéressé.

CHRISTIAN et RITTI avaient remarqué que chez certains paralytiques généraux on trouvait, soit au début, soit à la fin de l'affection, un écoulement de salive. Cet auteur hésitait entre l'hypersécrétion réelle et l'oubli de la déglutition.

Gilbert BALLET et Paul BLOCQ n'y ont rien trouvé de caractéristique.

SOLLIER l'a signalée.

MAGNAN et SÉRIEUX ont noté que la sialorrhée pouvait épuiser le malade.

FÉRÉ l'a vue se manifester trois mois avant le début apparent de la maladie ou précéder des attaques épileptiformes.

JOFFROY et MIGNOT ont remarqué que l'excrétion salivaire était assez souvent troublée : « Parfois, d'une manière pré-coce, on voit survenir des crises de sialorrhée qui épuisent les malades ; pendant plusieurs jours ils rendent des flots de salive, et ce ptyalisme peut être assez intense pour empêcher le sommeil. Les malades, fatigués de déglutir la sécrétion qui remplit leur bouche, la laissent s'épancher au dehors sur leurs vêtements qu'ils inondent, ou dans des crachoirs qu'ils remplissent. »

Tous ces auteurs se sont bornés à observer ce phénomène et à le noter sans en rechercher les causes.

MARANDON DE MONTYEL, au contraire, a étudié 54 paralytiques généraux et les a suivis minutieusement du début de la pachy-méningite chronique à sa terminaison.

Il a noté la sécrétion salivaire aux différentes périodes de l'affection, suivant les états de calme ou d'agitation, et suivant les diverses variétés mentales de la maladie. Il a même recherché l'influence de l'âge du sujet et des saisons.

Nous résumons son article :

Sur les 54 paralytiques généraux examinés, 12, soit 22 %, étaient atteints d'hypersécrétion salivaire ; et sur ces 12 malades, 9 présentaient une sialorrhée continue et les 3 autres avaient une salivation modérée, mais avec des phases de salivation excessive.

Il y a sialorrhée à chacune des 3 périodes de la maladie, il y aurait à la période d'état une plus grande fréquence de sialorrhée modérée, et aux deux autres périodes de l'hyper-sialorrhée mais dans un plus petit nombre de cas.

Il y a plus fréquemment sialorrhée dans la forme dépressive, et moins souvent dans les formes démentielles et expansives ; mais dans ces deux dernières formes il y a hyper-sialorrhée.

Il y a surtout sialorrhée en période d'agitation et c'est chez les agités que l'on trouve de l'hypersalivation.

Il y a sialorrhée surtout de 25 à 30 ans et de 50 à 60 ans. Peu de 30 à 40 ; mais, alors que de 25 à 30 ans la sialorrhée est durable, elle est éphémère de 50 à 60.

On trouve des cas d'hypersialorrhée de 30 à 40 ans et de 50 à 60 ans ; très peu de 25 à 30.

Les saisons ont peu d'influence sur la sialorrhée ; la sécrétion modérée se verrait surtout en saison froide, la sécrétion exagérée surtout dans les saisons chaudes et intermédiaires.

On trouve plus de cas de sialorrhée quand les troubles moteurs sont excessifs, mais les cas d'hypersialorrhée se rencontrent quand les troubles moteurs sont légers ou modérés.

Il y a peu de rapport entre la sialorrhée et les troubles

des diverses sensibilités, surtout dans les troubles du sens génital.

Le paralytique général présente des troubles intermittents avec phase de normalité entre temps ; la sialorrhée au contraire ne s'installe qu'une fois, et après sa disparition ne se montre plus jamais.

La plus fréquente durée de sialorrhée fut de 5 mois, cependant elle a duré une fois 9 mois et deux fois 15 mois.

C'est à la deuxième période que la sialorrhée est la plus longue et la plus courte à la troisième période.

Jamais la sialorrhée n'a commencé à la phase ultime.

La sialorrhée peut débuter par le degré modéré, passer par le degré excessif, puis disparaître brusquement ; ou au contraire commencer par le degré excessif et finir par le modéré. Il peut arriver aussi que le degré modéré se trouve intercalé entre deux périodes plus ou moins longues de degré excessif, mais l'auteur n'a pas eu l'occasion d'observer l'évolution inverse.

Depuis cette étude, les auteurs ne se sont pas intéressés à la sialorrhée, nous avons seulement trouvé signalé succinctement par Jean LÉPINE : « Les sécrétions sont augmentées « dans la paralysie générale, on a noté surtout l'hyperhidrose cutanée et la sialorrhée. »

Les lésions anatomiques de la paralysie générale sont des lésions du cortex et des méninges ; mais elles portent surtout sur le lobe frontal. LÉPINE admet même que l'atrophie de ce lobe peut être d'un cinquième ou d'un quart.

ÉPILEPSIE

On a pu trouver dans l'épilepsie des troubles de la sécrétion salivaire ; ils ne sont pas au premier plan, mais, même quand ils n'attirent pas l'attention par leur peu d'importance, ils existent, et quand on veut les rechercher on les trouve presque toujours.

Nous ne décrivons pas la crise d'épilepsie mais nous note-

rons à chacune de ses périodes les variations de la sécrétion salivaire.

Pour la période prodromique, les phénomènes précurseurs sont la plupart du temps des signes sensitifs, sensoriels ou moteurs. Mais on a pu trouver des signes vaso-moteurs, viscéraux ou psychiques. C'est parmi ces trois derniers qu'on a pu noter des troubles sécrétoires : certains épileptiques sentent immédiatement avant leur crise un flot de salive qui leur emplit la bouche ; ceci est habituellement associé à une transpiration profuse.

A la phase clonique, on retrouve cette hypersalivation. Tandis que tout le corps est agité de convulsions rapides, la mâchoire inférieure présente des mouvements d'élévation, d'abaissement, de diduction qui font grincer les dents et déchirer la langue, provoquant une hémorragie qui peut être abondante et qui se présente en général sous forme d'écume sanglante « par mélange avec la salive sécrétée plus abondamment », nous dit M. P. WEIL.

A la phase résolutive on trouve encore des troubles de la sécrétion salivaire. Les lèvres entr'ouvertes donnent passage à une bave écumante et ensanglantée, « la bouche est remplie de salive épaisse ».

On pourrait croire que les spasmes des muscles du cou et de la mâchoire interviennent pour comprimer les glandes salivaires et déterminer une salivation en dehors de tout aliment, de toute action réflexe à point de départ gustatif ; mais il semble plutôt que l'excitation nerveuse qui provoque la crise d'épilepsie atteigne aussi la zone corticale d'excitation salivaire et provoque un hyperfonctionnement des glandes.

Une observation de FÉRÉ, publiée à la Société de Biologie le 17 mars 1894, semble bien affirmer cette explication.

« M. P..., âgé de 27 ans, fils de père alcoolique, a un frère imbécile. Il a eu des convulsions dans l'enfance, et depuis l'âge de 17 ans il a des accès d'épilepsie et des vertiges. Les accès se sont toujours fait remarquer par une violence extrême ; ses convulsions commençaient par la face, mais se généralisaient rapidement ; il tombait généralement la

face contre terre et s'est souvent fait des blessures, il se mordait à peu près constamment la langue et urinait. La stupeur post-paroxystique se prolongeait par un sommeil de deux ou trois heures sans reprise de connaissance.

« La salivation était toujours extrêmement abondante.

« Sous l'influence de la bromuration à dose croissante, les accès se sont éloignés et ont changé de caractère.

« En 1887, il avait en moyenne 6 accès et 8 vertiges par mois.

« Dans la dernière année depuis qu'il prend du bromure à la dose de 17 gr. par jour, il n'a plus de vertige et a seulement 6 accès incomplets.

« Ses accès sont constitués par une pâleur subite ; les yeux convergent fortement, la tête se porte en arrière, tout le corps se raidit, mais le malade ne tombe pas, bien qu'il ait perdu connaissance ; la bouche s'ouvre largement, la lèvre inférieure s'anime d'un tremblement rapide, et l'on voit s'échapper de la bouche un flot de salive qui continue à couler quand la rigidité a cessé et lorsque le malade a repris connaissance.

« La salive a été recueillie partiellement dans deux accès, une fois on en a trouvé 82 grammes, une autre fois 124 gr.

« En dehors de ces accès le malade a de temps en temps des flux de salive instantanés, sans perte de connaissance, ni éblouissement, ni vertige. Il a toujours été incapable de recueillir complètement le produit de ce flux mais ce qu'il a recueilli a dépassé plusieurs fois 60 gr.

« Le malade compare lui-même ce phénomène au ptyalisme qui précède la nausée, mais il ne s'accompagne d'aucune sensation nauséuse et en outre il est plus brusque et plus abondant. »

L'épilepsie Bravais-Jacksonienne et l'épilepsie traumatique ne sont pas exemptes de troubles salivaires. C'est surtout à la phase convulsive dans l'épilepsie à type facial qu'on trouve une salivation intense avec écoulement de salive.

Il y a dans l'épilepsie une irritation passagère de la corticalité ; cette irritation peut atteindre les centres corticaux de sécrétion salivaire et provoquer la sialorrhée.

HYSTÉRIE

Comme on trouve actuellement beaucoup moins de cas d'hystérie qu'autrefois et que ces cas d'hystérie ont pu même être niés par certains auteurs, il est tout naturel que les cas de sialorrhée hystérique soient rares, et que nous en trouvions peu dans la littérature actuelle.

Autrefois GRISOLLE et TANQUEREL DES PLANCHES l'ont signalée. Ils ont trouvé chez des femmes hystériques une salivation « provoquée par des émotions morales, l'ingestion de boissons froides ou acides, la respiration d'odeurs fortes ».

Au moment des attaques, la sialorrhée peut se montrer comme phénomène prémonitoire, constituant une sorte d'aura sécrétoire. GILLE DE LA TOURETTE signale que parfois une « sorte d'état gastrique » précède la crise, et conclut : « On peut se demander si dans ce cas le ptyalisme n'est pas sous la dépendance de ces phénomènes digestifs. »

KLIPPEL et LEFAS ont vu la salivation marquer la fin de l'accès hystérique, semblant donc remplacer la polyurie terminale.

GILLE DE LA TOURETTE a vu persister l'hypersécrétion après l'attaque, pendant un temps variable, même des semaines, « constituant une véritable perturbation trophique ou sécrétoire ».

MATHIEU a observé des hystériques rendant en abondance de la salive qui devient ensuite sanglante. D'après cet auteur, le sang ainsi rendu proviendrait des glandes salivaires elles-mêmes.

Nous trouvons datant de 1901 une observation signalée par BRISSAUD et BRÉCY.

« C'est un homme de 32 ans qui présente depuis quelques jours un hoquet persistant avec salivation abondante. Il a déjà été pris de façon analogue une fois, il y a 6 ans, et la crise avait duré 3 jours.

« A l'heure actuelle il présente des secousses de hoquet

« qui reviennent toutes les 5 à 6 minutes, le tout formant de
« véritables crises durant 5 à 6 heures et suivies d'une heure
« ou deux de repos.

« La sécrétion salivaire est plus forte pendant les crises ;
« il remplit une cuvette ordinaire en 3 ou 4 heures.

« Quand le malade avale sa salive, il ne tarde pas à
« vomir et, comme il avale souvent malgré lui, il vomit
« souvent.

« Ce malade présente de l'anesthésie totale du pharynx,
« une parole lente et hésitante ; de la méfiance et une vé-
« ritable anxiété d'être examiné.

« Cependant la guérison eut lieu en quelques jours sans
« médication par le seul fait de la suggestion. »

L'auteur conclut : « La sialorrhée du malade est un
« simple épisode morbide, en tout point comparable à tant
« d'autres manifestations passagères de l'hystérie soma-
« tique, élaborées de toutes pièces par le subconscient. »

Plus tard, en 1905, A. MATHIEU et J.-Ch. ROUX signalent
cette observation : « Malade nerveux, dyspeptique et sia-
« lorrhéique à 700 gr. par jour depuis 5 ans ; très amaigri,
« il fut rapidement guéri par des pilules de Taraxacum
« deus leonis (vulgaire pissenlit), pilules déclarées très
« dangereuses, mais faisant « travailler » l'organisme. »

L'auteur termine en disant : « La grande sialorrhée est
« presque toujours, de même que la polyurie insipide, une
« manifestation d'origine psychique et susceptible d'être pro-
« duite par une idée fixe et guérie par suggestion. »

*
* * *

Nous faisons entrer dans le cadre des « Névroses Sali-
vaires » deux observations que nous avons pu recueillir.

OBSERVATION XIV.

Il s'agit d'un homme de 25 ans qui, en mai 1935, éprouva un très
violent traumatisme : à la suite d'un accident d'auto il fut projeté sur
le sol, toute la moitié droite du corps fut contusionnée mais surtout le

membre supérieur droit ; il y eut plaie de la main droite qui nécessita une piqûre de sérum antitétanique ; mais il n'eut pas de perte de connaissance.

Huit à dix jours plus tard, en même temps qu'apparaissait une réaction sérique, s'est installée une névrose : le malade est devenu anxieux, il s'est plaint de malaises cardiaques subjectifs intenses avec crainte d'étouffer, de mourir, il eut des sensations angoissantes, il ne put rester au lit. Il craignit de ne pouvoir reprendre ses occupations. Son médecin consulté ne constata rien d'objectif.

En même temps que cette névrose sont apparus quelques troubles digestifs et une hypersalivation dont le malade s'est plaint très vivement, il pouvait difficilement dormir tellement il était gêné par la quantité de salive qu'il avait dans la bouche.

Ce malade a été consulter une fois à Henri ROUSSELLE et n'étant pas revenu n'a pu malheureusement être suivi. On peut toutefois en conclure que l'excitation centrale qui a provoqué la crise d'anxiété a en même temps excité les centres salivaires, ou les fibres d'association correspondantes.

La seconde observation est une névrose salivaire révélée après un ictus léger chez un hypertendu, observation publiée par M. Cornil en mars 1935, que nous allons résumer.

Chez un curé de 58 ans à tension élevée (22-12), sujet à des spasmes vasculaires encéphaliques successifs suivis de phénomènes parétiques transitoires, apparaît une sialorrhée abondante provoquée après le repas par l'absorption d'excitants isolés, d'abord les aliments acides : fruits crus ou cuits qui lui furent prescrits dans son régime, puis un excitant conditionnel associé : la lecture de son bréviaire.

En effet, cette lecture se poursuivait à des heures régulières habituelles : après le petit déjeuner, après le déjeuner pendant dix minutes, puis vers 4 ou 5 heures et enfin après le dîner pendant une demi-heure. C'est-à-dire trois fois sur quatre au moment même où le malade constatait l'apparition de la sialorrhée précédemment indiquée.

La sialorrhée apparaissant à la lecture du bréviaire est abondante, il s'agit d'une salive visqueuse. Ce sujet mouille ainsi quatre à cinq grands mouchoirs en une demi-heure.

La salivation s'arrête environ cinq à dix minutes après la cessation de la lecture, alors que son accentuation apparaît presque immédiatement dès que la lecture commence.

L'épreuve de la belladone diminue légèrement la salivation, mais n'inhibe pas le réflexe.

La lecture à haute voix ne donne qu'une minime salivation, de même que la lecture d'un autre livre que le bréviaire.

On observe donc la mise en valeur d'un réflexe conditionnel (crises de sialorrhée), qui a pu être vérifiée et provoquée à diverses reprises, par la simple lecture du bréviaire.

L'établissement de ce réflexe conditionnel est nettement postérieur (deux mois) au second ictus qu'a présenté ce malade; il y a lieu de rappeler aussi qu'il avait présenté depuis plusieurs années, avant tout ictus, des poussées intermittentes, discrètes, de sialorrhée post-prandiale « facilitant » peut-être la formation plus rapide du réflexe conditionnel.

L'auteur conclut : « L'ictus est-il intervenu en détruisant
« par une atteinte discrète sous-corticale l'action des centres
« normalement inhibiteurs de la sécrétion psychique. Nous
« nous garderons bien, en l'absence d'examen anatomique
« de présenter pour le moment telle ou telle hypothèse
« explicative. Malgré les progrès considérables réalisés
« grâce aux écoles de BETCHEREW et de PAWLOW, elle se
« heurterait à l'insuffisance actuelle de notre connaissance
« exacte et profonde du déterminisme des réflexes condi-
« tionnels. Nous nous contenterons d'apporter un fait dont
« l'interprétation reste à préciser ultérieurement grâce à
« l'apport de données semblables. »

Conclusions.

Nous ne nous sommes occupés, dans cette étude, que de malades présentant une sialorrhée véritable : c'est-à-dire un écoulement excessif de salive, éliminant ainsi ceux qui en exputent d'un geste stéréotypé, et parfois agressif, des quantités seulement moyennes.

Nous avons écarté d'emblée les cas de sialophagie, qui peuvent être assez fréquents mais qui ne sont pas contrôlables.

Nous avons recherché les sialorrhéiques dans de nombreux services d'aliénés, et nous avons pu constater que leur nombre était restreint : environ un cas pour 150 aliénés ; soit 6,6 pour 1.000.

La sialorrhée n'est pas due à un trouble mécanique ; nous avons pu voir, dans les observations citées, qu'un petit nombre seulement de malades avait des troubles moteurs des muscles de la mastication et de la déglutition, alors qu'au contraire tous étaient atteints d'hypersécrétion salivaire importante.

Tous nos sialorrhéiques observés étaient des sujets amaigris ; la plupart de ceux que nous avons suivis étaient des femmes dont le poids oscillait entre 40 ou 50 kgr. à peine.

Aucun de nos malades atteints de sialorrhée continue n'a été réveillé la nuit par des accès de toux ou le besoin de cracher.

Il n'y a aucune relation directe entre les hallucinations, gustatives ou autres, et la sialorrhée.

L'étude de la sialorrhée est particulièrement intéressante, car elle est un signe de plus qui atteste les lésions des centres nerveux.

Dans les syndromes mentaux, précédés ou accompagnés d'hypersécrétion salivaire, il semble que la sialorrhée relève d'une atteinte névrauxique siégeant :

— au lobe frontal : c'est le cas le plus fréquent, c'est ainsi dans :

la maladie de Parkinson,
la paralysie pseudo-bulbaire,
l'idiotie,
la démence précoce,
les psychoses maniaques dépressives,
les psychoses hallucinatoires,
la paralysie générale,
l'épilepsie.

Tous les malades observés et rentrant dans ces cadres semblaient exempts de troubles bulbaires ; aucun n'a eu ni de glycosurie, ni d'albuminurie ; ils ne présentaient aucun trouble du rythme, soit cardiaque, soit respiratoire :

— au bulbe parfois, dans les syndromes d'atteinte bulbaire, comme par exemple la paralysie labio-glossolaryngée, qui s'accompagne si souvent de troubles mentaux ;

— au niveau des fibres d'association de ces deux groupes de centres très probablement :

maladie de Parkinson,
paralysie pseudo-bulbaire.

La thérapeutique de cette sialorrhée est le plus souvent décevante, les médicaments sont plus ou moins bien absorbés par les malades récalcitrants et ont une action très inconstante. Les différents produits que nous avons vu employer ont été : la scopolamine, l'hyosciamine, le

sulfate d'atropine, les bromures, les barbituriques ; les succès ont été extrêmement rares et passagers. L'adrénaline seule aurait eu plus de succès dans le ptyalisme gravidique ; elle l'aurait même fait disparaître complètement.

Dans les psychoses à proprement parler, et en particulier dans le parkinsonisme post-encéphalitique, les thérapeutes ont essayé avec succès la radiothérapie des glandes parotides. A l'aide des rayons X, ils ont irradié les deux parotides pour obtenir un arrêt temporaire de la sécrétion : il s'agit en effet d'obtenir une cessation du ptyalisme, mais non une altération permanente des glandes. Ils ont pu remarquer que : alors que la parotide était, à l'état normal, peu sensible aux rayons, elle le devenait souvent par suite des troubles apportés à son fonctionnement par l'encéphalite ; les séances de radiothérapie devront donc être très prudentes, et les doses variables pour chaque cas particulier.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AHLELD. — Hyperemesis gravidarum. Ptyalismus Hysteria. *Central. für Gynecol.*, 1891, n° 17.
- ANDRÉ (Jules). — De la sialorrhée. *Thèse de Paris*, 1898.
- ANTHEAUME (A.) et MIGNOT (R.). — L'hyperhydrose dans la démence précoce. *L'Encéphale*, 25 août 1907, p. 85.
- AUDEBERT. — Une complication rare de la rétroflexion de l'utérus gravide. *Presse médicale*, septembre 1897.
- BABONNEIX. — A propos d'une communication de M. Lesné sur un cas d'encéphalite léthargique avec parotide aiguë. *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 1920.
- BATTEZ. — Les glandes salivaires, 1931.
- BAUDARD (André). — Les syndromes parkinsoniens en pathologie mentale. *Thèse de Paris*, 1934.
- BECHTEREW et MISLAWSKI. — Über die Einfluss der Hirnrinde auf die Speichelsecretion. *Neurologisches Centralblatt*, 1888.
- Zur Frage über die Speichelsecretion anregenden Rindenfelden. *Neurologisches Centralblatt*, 1889.
- BENIGNI. — Du ptyalisme dans les maladies nerveuses et mentales. *Rivista sperimentale di frenatria e medicina legale delle alienazioni mentali*, juin 1910.
- BERNARD-CLAUDE. — Comptes rendus, 1858, t. XLVII, nos 6 et 10.
- Journal de Brown-Séguard, 1858, t. I.
- Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux, t. II.
- Leçons de physiologie expérimentale, 1856, t. II.
- BESNARD (Gustave). — Considérations sur quelques cas de sialorrhée. *Thèse de Paris*, 1910.
- BOCHEFONTAINE et LÉPINE. — *Archives de Physiologie*, 1875.

- BRISAUD et BRÉCY. — Sialorrhée hystérique monosymptomatique. *Gazette hebdomadaire*, novembre 1901, n° 91.
- BRUNACCI (Bruno) et DE SANCTIS (Tullio). — Sur la fonction sécrétrice de la parotide de l'homme. Influence inhibitrice de l'activité psychique sur la quantité et la qualité de salive sécrétée. *Archivio di Fisiologia*, 1914, vol. XII, fasc. 5.
- CARLES (J.) et DELMAS MARSALET (P.). — Variations du pouvoir amylolitique de la salive au cours des états pathologiques divers. *Soc. de Biologie de Bordeaux*, 3 juin 1924.
- CARNOT. — Réflexe œsophago-salivaire et réflexe œsophago-lacrymal. *Presse médicale*, 24 déc. 1904.
- Maladies des glandes salivaires et du pancréas, 1908.
- CATOLA (G.). — La sialorrhée dans la maladie de Parkinson, 1905.
- CHIRAY et PAVEL. — Syndromes fonctionnels neuro-végétatifs salivaires. *Traité de Médecine* Roger, Widal et Teissier.
- CLOGNE et RICHAUD. — Composition chimique de la salive en cas de sialorrhée. *Bulletin de la Soc. de Chimie biologique*, 1921, t. III.
- COMTE (A.). — Paralysie pseudo-bulbaire. *Traité de Médecine* Roger, Widal et Teissier.
- CORNIL (Lucien). — Crises de sialorrhée conditionnelle révélées après un ictus léger chez un hypertendu. *Soc. de Neurologie*, 9 mars 1935.
- COUTURAT. — Ptyalisme gravidique. *Presse médicale*, 27 mars 1935.
- CRISTIANI (A.). — La sialorrea negli alienati, 1894.
- CZERMAK. — Sitzungsbericht der K. Akademie zu Wien, 1860.
- DEMAY, BEAUDOIN et CRAFFE. — Sur quelques cas d'hypertrophie des glandes salivaires observés dans les affections mentales. *Soc. méd. psychologique*, décembre 1923.
- DIDE et GUIRAUD. — *Précis de Psychiatrie*, 1929.
- DONNAGIO. — Lésions des centres nerveux dans le parkinsonisme post-encéphalitique. *Congrès de Bruxelles*, août 1924.
- DUVAL (M.). — Cours de Physiologie, 1887.
- ECKHARD. — Lehrb. d. physiol. chem., p. 7.
- B. z. L. von der Speichelsecretion. *Neurol. Centralb.*, 1889.
- FAVREAU. — Vomissements tenaces de la gestation et ptyalisme traités par l'adrénaline. *Soc. Méd. chirurgicale de Bordeaux*, 9 juin 1922.

FÉRÉ. — Sur un cas de sialorrhée paroxystique dans la paralysie générale. *Bull. Soc. Biologie*, 9 mai 1891.

— Sialorrhée chez un épileptique. *Soc. de Biologie*, 17 mars 1894.

FERRÉ. — La rage. *Traité de Médecine* Roger, Widal et Teissier, fasc. IV.

FRAENKEL. — Amélioration de la sialorrhée au cours de l'encéphalite épidémique chronique sous l'influence de l'exclusion temporaire de la parotide par les rayons X. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, mai 1923.

GELMA. — Sialorrhée et encéphalite épidémique. *Paris médical*. 19 mars 1921.

GÉRARD. — Sialorrhée chez un épileptique. *Société de Biologie*, 1897.

GILLES DE LA TOURETTE. — Traité de l'hystérie, t. III, 1895.

GLEY. — Physiologie des glandes salivaires, 1928.

GRAMEGNA. — Sur la sialorrhée dans la paralysie agitante. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, avril 1909.

GUILLAIN (R.) et ALAJOUANINE (Th.). — Paralysie bulbaire progressive. *Traité de Médecine* Roger, Widal et Teissier.

HAYEM. — De la sialophagie. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, janvier 1907.

HEIDENHEIM. — *Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1874, vol. IX ; 1878, vol. XVII.

JANET (Henri). — Les idiots. *Traité de Médecine des enfants*.

JOFFROY (A.) et MIGNOT (R.). — La paralysie générale. 1 vol., édition Doin, 1910.

KAZNELSON (P.). — Traitement du ptyalisme pseudo-parkinsonien par l'irradiation roentgénienne de la parotide. *Congrès des méd. all. à Prague*, février 1923.

KLIPPEL (M.). — Epilepsie Brawais-Jacksonienne. *Traité de Médecine* Roger, Widal et Teissier.

KLIPPEL et LEFAS. — Maladies des glandes salivaires. *Revue générale* in *Arch. gén. de Médecine*, 1898.

— De la sialorrhée. *Gazette des Hôpitaux*, mai 1897.

— Crises hypersécrétoires dans le tic douloureux de la face. *Société de Biologie*, 1897.

— Des altérations des glandes salivaires dans la sialorrhée des tabétiques. *Bull. de Société Biologie*, 1897.

- KLIFFEL et LHERMITTE. — La paralysie agitante. *Traité de Médecine*, Roger, Widal et Teissier.
- KLIFFEL et WEIL (M. P.). — L'Epilepsie. *Traité de Médecine* Roger Widal et Teissier.
- L'hystérie. *Traité de médecine* Roger, Widal et Teissier.
- KORANYI (Alex. von). — Ein sonderbarer Fall von Rinden epilepsie. Beiträge zur Frage der Alexie. *Neurol. Centralbl.*, 1893.
- LÉPINE et BOCHÉFONTAINE. — Influence de l'excitation du cerveau sur la sécrétion salivaire. *Gazette médicale de Paris*, 1875.
- LÉPINE (Jean). — Paralysie infantile. *Traité de Médecine* Roger, Widal et Teissier.
- LÉRI (A.) et THIERS (J.). — Sclérose latérale amyotrophique. *Traité de Médecine* Roger, Widal et Teissier.
- LÉVY-VALENSI. — Encéphalopathies infantiles. *Traité de Médecine* Roger, Widal et Teissier.
- LUDWIG. — Über die Beih. d. nerv. zur Speichelabsonderung. *Mittheilungen d. züricher naturf. Gesellsch.*, 1851.
- Sitzungs b. d. K. Akad. d. Wissensch. Wien, 1857, vol. XXV.
- MARANDON DE MONTYEL. — Contribution à l'étude de la sialorrhée dans la paralysie générale. *Gazette des Hôpitaux*, 1902, nos 110-111.
- MATHIEU (A.) et ROUX (J.-Ch.). — La sialorrhée nerveuse. *Gazette des Hôpitaux*, juin 1905, p. 759.
- MATHIEU. — Sialorrhée chez les hystériques. *Société médicale des Hôpitaux*, 1896.
- MAY (A.). — Encéphalite épidémique. *Traité de Médecine* Roger, Widal et Teissier.
- MAZATAUD (Léonce). — De la sialorrhée dans le tabès. *Thèse de Paris*, 1899.
- MERKLEN (P.) et MILHIT (J.). — Un cas de sialorrhée au cours de la fièvre typhoïde. *Société médicale des Hôpitaux*, 19 février 1915.
- MICHAELS. — Essai de sialo-séméiologie. *Compte rendu du III^e Congrès dentaire international*. Paris, août 1900.
- MONTANARO (J. C.) et HAMON (L.). — Crises salivaires tabétiques. *La Semana Medica*, novembre 1934, t. LI, n° 47.
- MONTIER (Georges). — De la sialorrhée urémique. *Thèse de Paris*, 1898.

- MOREL (Louis). — Injection intra-veineuse de butyrate de calcium provoquant la sialorrhée chez le chien. *Paris médical*, 17 mars 1921.
- NETTER. — Encéphalite épidémique.
- PARMENTIER et CHABROL. — Pathologie des glandes salivaires. *Traité de Médecine* Roger, Vidal et Teissier.
- PASCAL (C.). — La démence précoce, 1911.
- PATRIKIOS. — La sclérose latérale amyotrophique. *Thèse de Paris*, 1918.
- PAWLOW. — Le travail des glandes digestives, 1901.
- PETIT (G.) et BAUDARD (A.). — Sur la fréquence des syndromes parkinsoniens en pathologie mentale. *Congrès de Lyon*, juillet 1934.
- PEYER. — Relation de la salivation nerveuse avec les maladies sexuelles. *Munch. Medicin. Woch.*, 15 janvier 1889.
- POROT. — Troubles vaso-moteurs dans les syndromes parkinsoniens. *Soc. de Neurologie*, 3 juin 1921.
- RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*, 1923.
- ROGER. — Le réflexe œsophago-salivaire. *Presse médicale*, 16 déc. 1904.
- Le réflexe œsophago-salivaire. *Presse médicale*, 8 mars 1906.
 - Le réflexe gastro-salivaire. *Presse médicale*, 13 juin 1906.
 - La sécrétion salivaire. *Revue générale des Sciences pures et appliquées*, 15 juill. 1907.
- ROGUES DE FURSAC. — *Manuel de Psychiatrie*.
- SCHIFF. — Leçons sur la physiologie de la digestion, 1867, t. I.
- SNOECK (Jean). — Sialorrhée de la gestation. *Bruxelles médical*, 3 février 1935.
- SOUQUES et TERRIS. — Un cas de sialorrhée chronique au cours d'un traitement bismuthique. *Revue neurologique*, 1924, t. II, p. 85.
- SOUQUES. — Troubles vaso-moteurs chez les parkinsoniens. *Société de Neurologie*, 3 juin 1921.
- SOURY (J.). — Système nerveux central, 1899.
- TAMBURINI (Aug.). — Sulla genesi del ptialismo forme di alienazione mentale. *Riv. spiriment. di fren.*, 1875.

TANQUEREL DES PLANCHES. — Sialorrhée essentielle. *Journal de Médecine*, juin-juillet 1844.

TRAVERSIER. — Hémisialorrhée névropathique. *Dauphiné médical*, 1903, t. XXVII, p. 88.

TRENEL et CRÉTÉ. — Hallucinations psycho-motrices et sialorrhée paroxysmale. *Soc. méd. Psych.*, 20 mai 1901.

TRILLAT. — Un cas de ptyalisme gravidique traité par l'adrénaline. *Lyon médical*, 1921, t. CXXX, p. 462.

VOISIN (Jules). — L'idiotie.

VULPIAN. — Leçons sur la salive. *L'Ecole de Médecine*, 1874.

WEINBERGER. — Therapy of hypersalivation. *Zeitschrift f. Stomatol.*, 10 Aug. 1934.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	Pages 11
-------------------	-------------

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I. — <i>Anatomie</i>	14
CHAPITRE II. — <i>Physiologie</i>	19
CHAPITRE III. — <i>Symptomatologie. Anatomie pathologique</i>	26
CHAPITRE IV. — <i>La sialorrhée en médecine générale</i>	32

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I. — <i>Maladies dans lesquelles la sialorrhée est un symptôme important</i>	35
<i>Maladie de Parkinson</i>	36
<i>Paralysie labio-glosso-laryngée</i>	42
<i>Paralysie pseudo-bulbaire</i>	44
CHAPITRE II. — <i>Syndromes mentaux proprement dits où l'on peut rencontrer la sialorrhée</i>	46
<i>Idiotie</i>	46
<i>Démence précoce</i>	50
<i>Psychoses maniaques dépressives</i>	54
<i>Psychoses hallucinatoires</i>	57
<i>Paralysie générale</i>	65
<i>Epilepsie</i>	67
<i>Hystérie</i>	70
CONCLUSIONS.....	74
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	77
